

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

281

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 Juin 1893, à 1 heure

PAR

HENRI BALEY

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

ANCIEN MONITEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA CLINIQUE DE LA FACULTÉ

Des Symptômes prodromiques de l'Eclampsie

ET DE LEUR

TRAITEMENT PAR LE RÉGIME LACTÉ

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges : MM.

{	LE DENTU.
	SCHWARTZ.
	BAR.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 Juin 1893, à 1 heure

PAR

HENRI BALEY

NCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

ANCIEN MONITEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA CLINIQUE DE LA FACULTÉ

Des Symptômes prodromiques de l'Eclampsie

ET DE LEUR

TRAITEMENT PAR LE RÉGIME LACTÉ

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges : MM. {
LE DENTU.
SCHWARTZ.
BAR.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHT.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	N....
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	N....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	LE FORT.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrévés en exercice :

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE
LE DOCTEUR HENRI CHAUVEL
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PÈRE
LE DOCTEUR JULES BALEY

Je ne voudrais pas terminer mes études médicales, sans témoigner ma profonde reconnaissance et adresser tous mes remerciements à mes maîtres, M^{rs} les D^{rs} Lucas-Championnière, Th. Anger, Legroux, M^r le professeur Fournier, pour les excellents conseils qu'ils n'ont cessé de me prodiguer.

Nous n'oublions pas avec quelle amabilité M^r le D^r Kalt nous a reçu dans son service des Quinze-Vingts.

Mais, il est un maître que je dois remercier tout particulièrement, c'est M^r le D^r Lancereaux : nous n'oublierons jamais sa bienveillance pour nous et ses leçons si cliniques et si profitables.

Que M^r le professeur Tarnier, qui nous a fait l'honneur de nous accepter comme externe puis comme moniteur dans son service de la Clinique, veuille bien recevoir nos sincères remerciements. — Il a bien voulu nous donner l'idée de notre thèse, nous fournir les éléments : aujourd'hui il en accepte la présidence, nous ne saurons jamais assez lui témoigner notre profonde reconnaissance.

AVANT-PROPOS.

En 1875, notre éminent maître, Monsieur le Professeur Tarnier, publiait quelques observations relatant les bons résultats qu'il avait obtenus du régime lacté, dans le traitement de l'albuminurie gravidique et espérait en obtenir de bons effets comme traitement préventif de l'éclampsie.

Depuis tous les accoucheurs sont unanimes pour reconnaître qu'une femme albuminurique, soumise quelques jours avant son accouchement au régime lacté, est à l'abri de l'éclampsie. Nous n'insisterons donc pas sur cette question : mais nous voudrions passer en revue l'albuminurie et les différents symptômes décrits sous le nom de symptômes prodromiques de l'éclampsie, — montrer que, malgré la concordance très fréquente de l'albumine et de l'éclampsie, il ne faut pas toujours s'en rapporter à l'absence d'albumine dans les urines pour ne pas instituer le régime lacté, nous donnerons quelques observations montrant l'influence du régime lacté sur les symptômes prodromiques de l'éclampsie. Nous dirons que chez une femme enceinte qui présente, surtout dans les derniers mois de sa grossesse, de la céphalée, des troubles de vue, la douleur épigastrique, on doit, malgré l'absence d'albumine, instituer le régime lacté, puis nous terminerons par quelques mots sur le mode d'emploi du régime lacté et l'action qu'on peut lui attribuer.

I. Albuminurie chez la femme enceinte.

Le premier, en 1818, Blackall signale la présence de l'albumine dans les urines des femmes enceintes : mais ce n'est que depuis les travaux de Rayer 1840, Lever 1843, Devilliers et Regnauld 1848, Blot 1849, Frerichs 1851, Imbert-Goubeyre 1854, Jaccoud 1864, Cazeaux et Tarnier 1870, Barker

1874, Tarnier 1875, Hypolitte 1879, Dumas 1880, Charpentier 1884, que la question a été bien étudiée, sans compter tous les autres travaux qui ont paru sur cette question tant en France qu'à l'étranger, sans compter aussi les nombreuses discussions que cette question a suscitées et à l'Académie de Médecine et à la Société d'Obstétrique. Nous ne voulons pas en faire l'historique, nous devons cependant signaler le travail de M. Rivière, de Bordeaux, paru en 1888 sur « la pathogénie et le traitement de l'auto-intoxication d'origine éclamptique. » Nous nous permettrons de lui faire quelques emprunts. Au mois de mars 1892, Monsieur le Professeur Tarnier publiait, avec M. Chambrelent, le résultat de leurs recherches sur la toxicité du serum des éclamptiques.

Si nous recherchons la fréquence de l'albuminurie chez les femme enceintes, nous trouvons de bien grandes divergences entre les différents auteurs. Blot, en 1849, arrivait à la proportion de une femme albuminurique sur 5 femmes enceintes. Barker disait, en 1878, in « the puerperal diseases clinical lectures delivered at Bellevue Hospital New-York » qu'on devait la regarder comme une des maladies puerpérales les plus fréquentes. — Hypolitte, dans sa thèse parue en 1879, arrivait à la même proportion que Blot: une femme albuminurique environ sur 5 à 6 femmes enceintes. D'un autre côté Negri, sur 63 femmes enceintes qu'il a examinées, n'a trouvé d'albumine dans les urines que trois fois avant l'accouchement; enfin Doleris et Pouey, dans un travail paru en 1885, arrivent à la proportion de une femme albuminurique sur 20 femmes enceintes non en travail. On voit combien la divergence est grande; elle vient, sans doute, de ce que les examens d'urine n'ont pas été faits dans les mêmes conditions: les uns ayant examiné les urines des femmes avant leur accouchement et pendant leur accouchement (et l'on sait combien est fréquente l'albuminurie du travail), les autres n'ayant examiné les urines qu'avant l'accouchement.

Nous n'avons pas recherché la proportion des femmes enceintes albuminuriques, n'ayant pu examiner nous-même les urines de toutes les femmes qui se sont présentées à la consultation dans le cours de l'année, nous pouvons seulement dire que, sur 1443 accouchements ou avortements qui se sont passés à la clinique de la Faculté du 1^{er} mai 92 au 1^{er} mai 93, nous trouvons 55 femmes qui ont été reçues, avant qu'elles fussent en travail, parce qu'elles avaient de l'albumine dans leurs urines; mais, d'un côté, le nombre des femmes qui se sont présentées pendant l'année à la consultation étant plus élevé que le nombre des femmes qui ont accouché à la Clinique et d'un autre côté, comme il a dû échapper un certain nombre d'albuminuriques, nous ne pouvons arriver à une conclusion; nous croyons cependant que Negri, Doléris et Pouey se rapprochent davantage de la vérité en admettant environ une albuminurique sur 20 femmes enceintes non en travail.

Il est un fait reconnu par tous les accoucheurs c'est que, dans la grande majorité des cas, on trouve de l'albumine dans les urines des femmes éclamptiques. Lever, en 1843, trouvait déjà 13 albuminuriques sur 14 femmes éclamptiques qu'il avait observées. Peter l'a dit: « toutes les femmes éclamptiques sont albuminuriques. » Il suffirait du reste de comparer les tableaux que l'on trouve dans la thèse de Dumas pour voir combien l'éclampsie s'observe plus fréquemment chez les albuminuriques.

Sur 1000 accouchements l'éclampsie s'observe :

d'après les auteurs anglais	—	2, 3 fois
— Braun	—	2, 5
— Cazeaux	—	2, 6
— de Soyre	—	2, 7
— Velpeau	—	3, 8
— Depaul	—	4, 3
— M ^{me} Lachapelle	—	5 —
— Churchill	—	6

Dans un mémoire couronné et publié par l'Académie royale de médecine de Belgique, Charles de Liège arrive aussi au total de 5 éclampsies sur 1000 accouchements.

En comparant le tableau suivant :

Sur 41 femmes albuminuriques 7 cas d'éclampsie (Blot)					
— 7	—	—	1	—	(Stoltz)
— 30	—	—	11	—	(Devillers)
— 36	—	—	7	—	(Mayer)
— 13	—	—	6	—	(Litzmann)
— 159	—	—	94	—	(Imbert-Goubeyre)

Ce qui donne une proportion de 59 %. — Nous pouvons citer la statistique de Hubert de Louvain qui, sur 135 femmes albuminuriques, a observé 36 fois l'éclampsie, soit une proportion de 26,6 %.

Dans le Bulletin Médical d'avril 1892, nous voyons qu'Olshausen a pu observer à la clinique de l'Université, en l'espace de cinq ans et demi, 200 cas d'éclampsie et les urines de 168 de ces femmes ayant été examinées avec soin, l'absence totale d'albumine n'a été constatée qu'une fois.

Mais à côté de ces faits nous savons qu'il existe des observations bien authentiques, dans lesquelles l'éclampsie n'a pas été accompagnée d'albuminurie ; Depaul, Trousseau, Paul Dubois en ont rapportées ; M. le professeur Tarnier en a observé 3 ou 4 cas. Nous trouvons une observation rapportée par M. Bar dans la France Médicale du 23 décembre 1886. Une femme entra dans son service en pleine attaque d'éclampsie et l'examen des urines fait par la chaleur, l'acide nitrique et l'acide picrique ne décèle pas trace d'albumine.

Quant aux observations d'éclampsie sans albuminurie prémonitoire, nous savons combien elles sont plus fréquentes. Schröder a réuni 53 observations dans lesquelles l'éclampsie s'est montrée sans albuminurie ou ne s'est accompagnée d'albuminurie que pendant le travail ; il n'est pas d'accoucheur qui

n'en ait relatées ; dans le Boston medical journal du 14 octobre 1886, nous en trouvons une bien nette rapportée par Sarah Ellen Palmer, c'est celle d'une femme qui eut plusieurs attaques d'éclampsie, et dont les urines, examinées plusieurs fois, n'avaient jamais présenté trace d'albumine. Nous-même en avons observé deux cas à la clinique dans le courant de l'année.

Le 1^{er} est celui d'une nommée D... Pauline, primipare, âgée de 24 ans, entrée le 23 décembre 1892 dans le service de M. le professeur Tarnier, et qui est accouchée le 12 janvier 1893 ; notre éminent maître en a parlé dans la séance de l'Académie de médecine du 17 janvier 1893. L'analyse des urines de cette femme fut faite à son entrée à la clinique, puis elle y fut répétée une fois ou deux pendant son séjour ; l'analyse fut faite par la chaleur et l'acide nitrique et on ne constata pas d'albumine dans les urines ; elle ressentit les premières douleurs de l'accouchement le 11 janvier au matin et on trouva alors de l'albumine dans ses urines ; le 12 janvier elle avait une première attaque d'éclampsie suivie d'une seconde peu de temps après — elle n'avait pas été soumise au régime lacté.

Le second cas est le suivant ; il est relatif à une forme d'éclampsie plus rare, l'éclampsie post-partum.

Une nommée R... Céline, secondipare (éclamptique après son premier accouchement), âgée de 31 ans, entre le 12 mai 1893 à la Clinique d'accouchement. Le 15 mars elle était venue une première fois à la consultation, on ne constata ni albumine dans les urines ni symptômes prodromiques. Le 12 avril elle vint de nouveau à la consultation, on ne constata rien de particulier ; dans les premiers jours de mai, elle fit examiner ses urines par un pharmacien qui lui répondit que ses urines ne contenaient pas d'albumine ; elle ne suit donc pas le régime lacté et elle vient accoucher à la Clinique le 12 mai. Elle entre en travail à quatre heures et demie du soir et elle accouche à neuf heures et demie d'un enfant vivant pesant 3550 gr. et long de 53 centim. L'accouchement et la délivrance sont nor-

maux, on examine les urines, on ne constate pas d'albumine; les suites des couches sont très bonnes, la malade est au régime ordinaire lorsque tout à coup, le 18 mai, à cinq heures du soir, c'est à-dire le sixième jour de ses suites de couches, sans avoir remarqué, jusque-là, quoique ce fut d'anormal dans sa santé, elle éprouve de l'embarras de la parole et au même moment des fourmillements et des picotements dans la main gauche, un quart-d'heure après elle avait une première attaque d'éclampsie. M. Démelin, chef de clinique, la sonde et trouve un nuage d'albumine dans ses urines; à cinq heures et demie, seconde attaque d'éclampsie suivie d'une troisième à six heures vingt minutes et d'une quatrième à six heures trente-cinq minutes avec quelques menaces de nouvelles attaques dans la soirée, attaques que l'on fait avorter par le chloroforme. On la sonde une seconde fois vers neuf heures, l'albumine a augmenté d'une façon très sensible. Le 19 nous constatons de l'albumine, le 20 nous en trouvons des traces, puis elle disparaît le 21 et le 22. Les attaques ne se reproduisent pas (toutefois le lendemain et le surlendemain de ses attaques elle a à plusieurs reprises de l'embarras de la parole et le même fourmillement dans la main gauche). La malade se trouve très bien, mais un nuage d'albumine reparait et persiste encore à sa sortie de la Clinique. Elle continue à suivre chez elle le régime lacté, elle revient nous voir une fois ou deux, ses urines sont toujours albumineuses; le 6 juin nous ne trouvons pas d'albumine.

Pouvons-nous conclure que chez ces deux femmes il n'existait pas d'albuminurie prémonitoire? Nous ne le croyons pas. Dans notre première observation, l'analyse des urines fut faite par la chaleur et l'acide nitrique, mais il nous est arrivé, plusieurs fois, de déceler, par un réactif plus sensible, de l'albumine dans une urine, alors que ces mêmes réactifs n'en décelaient pas. On peut, il est vrai, nous faire l'objection qu'il n'existait pas d'albumine les jours précédents puisque les mêmes réactifs en décelaient au moment du travail: mais nous savons que

l'albumine augmente souvent au moment du travail et l'albumine existant alors, en plus grande quantité, a pu être décelée par des réactifs qui n'étaient pas assez sensibles pour déceler des doses plus faibles.

Dans notre seconde observation, l'analyse des urines fut faite, il est vrai, à l'entrée de cette femme à la Clinique, mais une seule fois, car le lendemain et les jours suivants l'examen des urines ne fut pas pratiqué.

Dans les observations d'éclampsie éclatant sans albuminurie prémonitoire, on ne nous dit pas toujours si l'examen des urines a été fait à différentes reprises et quels sont les réactifs que l'on a employés. Nous nous demandons si la chaleur, l'acide nitrique, l'acide picrique sont des réactifs assez délicats pour permettre de déceler une albuminurie légère. Toutefois, nous ne voulons pas discuter les différents réactifs employés pour rechercher l'albumine, nos connaissances en chimie ne nous permettant pas d'aborder un sujet aussi délicat et sujet non encore élucidé, car le grand nombre de réactifs tour à tour vantés et abandonnés montre que l'accord n'est pas fait sur ce point; de même nous n'avons pu rechercher à quel genre d'albumine nous avions affaire, sérine, globuline, etc.

Voici à ce propos ce que disait M. Tarnier à la même séance de l'Académie de médecine : « Je n'ose pas répondre négativement, je pense cependant que ces faits sont rares et qu'ils seront exceptionnels, quand nous aurons un réactif facile à manier en clinique et nous permettant de toujours reconnaître l'albumine. » Avec notre excellent maître nous croyons qu'un examen plus attentif des urines et répété plus souvent, permettra dans bien des cas de déceler de l'albumine là où un examen moins attentif l'aurait laissé passer inaperçue. (Nous avons même, pour quelques-unes de nos observations, examiné plusieurs fois les urines dans la même journée). Sur ses conseils nous avons essayé différents réactifs, chaleur, acide nitrique, liquide de Tanret, sulfate de soude, sulfate de magnésie, réactif de Spiegler pour la recherche

de l'albumine ; le réactif d'Esbach pour le dosage, et la technique qu'il nous a conseillé de suivre est la suivante : examiner les urines des femmes enceintes dans les derniers mois de leur grossesse, au moins deux fois par semaine, comme réactifs la chaleur et le réactif de Spiegler. Commencer par sonder les femmes, filtrer les urines puis les examiner par la chaleur et l'acide acétique ; contrôler par le réactif de Spiegler (1) dont voici la formule :

Sublimé.....	8 grammes.
Acide acétique....	4 grammes.
Sucre de canne ...	20 grammes.
Eau distillée.....	200 grammes.

On verse une petite quantité de ce réactif dans un verre à expérience et on laisse couler le long du verre, en évitant de mélanger les deux liquides, quelques gouttes d'urine filtrée et légèrement acidulée par de l'acide acétique. Si l'urine contient quelques traces d'albumine il se forme au niveau des surfaces de séparation de ces deux liquides, un anneau blanchâtre que l'on voit très nettement par transparence. Le plus souvent nous avons trouvé une concordance parfaite entre ces deux réactifs, mais le réactif de Spiegler nous a paru plus sensible et surtout déceler avec plus de netteté la présence de l'albumine — l'auteur nous dit que la réaction est encore sensible pour une urine renfermant un 150 millième d'albumine — nous croyons que dans quelques cas douteux, il nous a permis d'être plus affirmatif : il a, en outre, l'avantage d'être d'un emploi très facile. Toutefois, dans les cas où l'on voudrait avoir une analyse plus complète, plus exacte, on devra s'adresser à des personnes familières avec les recherches du laboratoire de chimie.

(1) Eine eimpfindliche Reaction auf Eiweiss im Harne par E. Spiegler (Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft XXV, p 375, in Revue des sciences médicales de Hayem, tome 40, 1892, page 46.

II. — Symptômes prodromiques de l'Eclampsie.

Tout en reconnaissant qu'il existe et qu'il peut exister des cas dans lesquels, même en répétant plusieurs fois l'analyse des urines et en employant différents réactifs, l'albumine puisse passer inaperçue, nous pensons que l'on n'est pas pour cela désarmé, mais qu'il existe plusieurs symptômes bien connus et décrits sous le nom de symptômes prodromiques de l'éclampsie qui permettent de la prévoir.

Chez la plupart de nos malades nous avons rencontré de l'albumine dans les urines et en même temps que cette albumine nous avons trouvé les symptômes bien connus : céphalée, troubles de la vue, douleur épigastrique, etc. Mais nous avons rencontré aussi, quelquefois, ces symptômes précédant l'albuminurie.

Céphalée, tantôt légère, tantôt très vive, que les malades prenaient volontiers pour la migraine, céphalée occupant souvent toute la tête, avec douleur plus vive au niveau de l'occiput ou dans la région frontale, avec sensation de constriction au niveau des tempes; les malades nous disaient que cette céphalée était continue mais que cependant elle était plus accentuée à certains moments, souvent le matin au réveil; chez quelques-unes la céphalée avait été précédée de lourdeur de tête, chez d'autres elle était survenue brusquement; très bien portantes la veille elles s'étaient réveillées le lendemain avec une céphalée très vive.

En même temps ou indépendamment de cette céphalée nos malades nous faisaient observer qu'elles avaient des troubles de la vue : tantôt elles se plaignaient d'avoir continuellement « comme un brouillard devant les yeux, » elles ne pouvaient plus voir les objets distinctement, tout leur paraissait trouble, il leur était impossible de travailler, tantôt, au contraire, elles pouvaient continuer leur travail, mais, de temps en temps, brusquement il leur tombait « comme un voile devant les yeux, » pendant quelques secondes

la vision était complètement abolie, au même moment apparaissaient des vertiges, elles éprouvaient comme une sensation de vide autour d'elles et elles étaient obligées de s'asseoir ou de se retenir à un meuble voisin pour éviter une chute ; tantôt, enfin, elles se plaignaient de voir des cercles qui tournaient sans cesse devant leurs yeux ; troubles passagers sans lésion apparente, mais nous pouvons citer l'observation (obs. XVII) d'une femme chez laquelle une rétinite albuminurique survint brusquement au septième mois de sa grossesse ; jusqu'au 22 octobre 92 sa vue avait toujours été bonne, jamais elle n'y avait remarqué quoi que ce fût d'anormal, lorsque le 22 octobre, sans cause apparente, elle perd subitement, et presque complètement la vision, à tel point qu'elle peut à peine se diriger. Elle vint consulter aux Quinze-Vingts où nous la vîmes et où le docteur Kalt diagnostiqua une rétinite albuminurique.

La douleur épigastrique nous l'avons retrouvée aussi fréquemment que les symptômes précédents, les femmes, en général, en rendent mal compte, chez les unes c'était une sensation de brûlure qui dominait, chez d'autres comme une sensation de poids au niveau de l'épigastre, d'autres se plaignaient de ne pouvoir dormir sur le côté gauche à cause de la douleur qu'elles y éprouvaient ; cette douleur épigastrique était continue mais généralement avec exacerbation pendant la nuit. A côté de cette douleur épigastrique nous notons la perte de l'appétit, des nausées, des vomissements alimentaires ou plus souvent des vomissements peu abondants consistant en quelques gorgées d'un liquide visqueux et verdâtre. Vomissements survenant à n'importe quel moment du jour ou de la nuit, rarement accompagnés de douleurs violentes et d'efforts.

Nous avons noté plus souvent de la constipation que de la diarrhée.

Indépendamment de ces symptômes ou en même temps qu'eux, nous en trouvons d'autres, assez fréquents mais moins accentués et qui passeraient plus volontiers inaperçus ; faisons,

toutefois, exception pour l'œdème qui est presque toujours visible et qui existe très fréquemment ; œdème le plus souvent localisé au niveau des malléoles, mais envahissant parfois les membres inférieurs tout entiers, gagnant le périnée, la vulve, la paroi abdominale pour s'étendre aux membres supérieurs sans épargner les doigts, et à la face, véritable anasarque généralisée, mais avec les malléoles l'œdème a le plus souvent pour siège de prédilection la région sus-pubienne et les paupières. Nous savons que l'on a aussi rapporté des cas d'infiltration dans les séreuses et les organes splanchniques. Deux ou trois de nos malades présentaient une légère dyspnée mais sans caractère particulier, l'une présentant des lésions des sommets, nous nous sommes demandé si, chez elle, ces lésions n'en étaient pas plutôt la cause ou si même, dans ces cas, la dyspnée ne tenait pas à la grossesse elle-même.

Le cœur, dans la grande majorité des cas, nous a paru hypertrophié, mais c'est là un fait physiologique pendant la grossesse ; une fois nous avons trouvé un bruit de galop, mais pas de souffle manifeste.

Dans plusieurs de nos observations, nous avons noté une légère accélération du pouls.

Quelques-unes de nos malades ont vu apparaître de légers épistaxis ou ont rendu quelques crachats sanguinolents.

La douleur dans les régions lombaires nous a paru fréquente, mais beaucoup de femmes souffrant un peu dans ces régions pendant le cours de leur grossesse, elles n'y attachaient pas d'importance ; cependant plusieurs fois elles ont attiré notre attention en nous disant qu'elles avaient toujours un peu souffert dans les reins, mais que depuis plusieurs jours, plusieurs semaines, la douleur s'était un peu accentuée.

Du côté du système cutané, nous n'avons trouvé que des démangeaisons sans siège bien fixe, qui, cependant, nous ont paru plutôt localisées à la paroi abdominale et aux membres. Nous avons interrogé la sensibilité au tact, à la douleur et à

la température : plusieurs fois nous avons trouvé des zones d'anesthésie sans siège fixe et non localisées aux membres inférieurs, mais beaucoup d'autres femmes non albuminuriques présentaient aussi des zones anesthésiques. Nous ne saurions donc faire la part de ce qui revient à l'albuminurie de celle qui revient à l'hystérie. Nous n'avons pas constaté d'hyperesthésie plantaire bien accentuée, mais nous trouvons souvent chez nos albuminuriques des picotements, des fourmillements dans les pieds avec sensation continuelle de froid, picotements et fourmillements non continus et apparaissant à n'importe quel moment.

Les crampes dans les jambes et dans les cuisses étaient un symptôme dont se plaignaient souvent nos albuminuriques, crampes non continues, peut-être un peu plus fréquentes la nuit que le jour, mais existant aussi le jour et non seulement à la chaleur du lit, car la plupart de ces femmes se levaient dans la journée.

Le réflexe pharyngé était quelquefois diminué, mais les sens du goût et de l'odorat nous ont toujours paru intacts.

A côté de ces symptômes il y en a un que nous avons observé souvent : c'est l'insomnie, insomnie entremêlée de rêves ressemblant beaucoup à ceux que notre excellent maître, M. Lancereaux, nous a appris à reconnaître dans les cas d'intoxication par l'alcool ou les essences et qui, par quelques côtés aussi, ressemblent à ceux que l'on observe dans certains cas d'urémie — rêves, en général, désagréables, rêves d'action de mouvements, véritables cauchemars. Quelques-unes de nos malades se plaignaient de tomber dans des précipices, de tomber dans l'eau, d'autres se voyaient entourées d'animaux, chiens, chevaux, bœufs, chats qui les poursuivaient et voulaient les mordre ; d'autres rêvaient voyage, étaient sans cesse en mouvement ; l'une voyait ses voisines accoucher de crocodiles, etc. Souvent ces cauchemars étaient entrecoupés de réveils en sursaut et les malades se réveillaient couvertes de sueur avec un sentiment

de fatigue et de lassitude extrême, elles s'efforçaient de reprendre leur sommeil interrompu, mais de nouveau les cauchemars reparaissaient et la même scène recommençait.

On voit combien cette insomnie ressemble à celle du buveur, à celle que M. Lancereaux a décrite avec tant de netteté. Mais nous n'avons pu retrouver, chez nos malades, ni l'anesthésie en botte du buveur d'alcool, ni l'hyperesthésie du buveur d'essences, ni la pituite du matin, le tremblement des lèvres et des mains du buveur de vin. Nous les avons attentivement interrogées au point de vue de leurs plus ou moins grandes habitudes d'intempérance, mais toutes répondaient à nos investigations par une négation parfaite. Nous ne saurions donc faire la part de ce qui revient à l'intoxication par l'alcool de celle qui revient à l'auto-intoxication, c'est un symptôme que nous avons noté plusieurs fois chez nos albuminuriques et la plupart nous faisaient observer que jusque il y a un, deux ou trois mois jamais elles n'avaient eu d'insomnie, elles avaient eu bien souvent des rêves, mais jamais de rêves terrifiants et fatigants comme ceux qu'elles éprouvaient depuis quelque temps, jamais elles n'avaient eu ni crampes dans les jambes, ni fourmillements dans les pieds. On peut, il est vrai, nous objecter que l'albuminurie aurait pu seulement contribuer à l'éclosion de ces symptômes jusqu'alors latents.

Nous avons trouvé signalés par différents auteurs de l'agitation le jour, un sentiment de lassitude et de fatigue générale avec envie fréquente de dormir; des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, etc... un changement de caractère. L'une de nos albuminuriques, P. Léonie, primipare, âgée de 23 ans, entrée à la Clinique le 18 avril 1893, nous disait que, depuis quelque temps, avant la céphalée, les troubles de la vue, la douleur épigastrique, l'insomnie, les cauchemars, elle avait remarqué, ainsi que son entourage, un changement très grand dans son caractère, ses jeunes frères, qu'elle avait toujours beaucoup aimés jusque-là, lui étaient, sans cause aucune, devenus anti-

pathiques, elle ne pouvait plus les voir et les aurait battus avec plaisir : changement de caractère que l'on met volontiers sur le compte de la grossesse elle-même et qui pourrait bien ne tenir qu'à la toxémie.

Dans l'observation de R..., Céline, que nous avons rapportée plus haut, les seuls symptômes qui aient précédé plusieurs attaques d'éclampsie ont été un embarras de la parole et une sensation de fourmillements dans la main gauche.

Simpson a vu la manie puerpérale accompagner l'albuminurie et affecter avec elle des rapports d'augmentation et de diminution.

M. le professeur Tarnier a attiré, dans le courant de l'année, notre attention sur le facies de quelques-unes de nos malades, leur teint pâle, terreux, joint à l'œdème des paupières avec leur reflet bleuâtre, à la bouffissure de la face, et à la décoloration des lèvres ; le cou court, gonflé, décrit par M. Pajot, et en même temps une prostration légère.

Si nous résumons les signes qui nous permettent de prévoir l'éclampsie nous trouvons : l'albuminurie — puis : la céphalée, les troubles de la vue, la douleur épigastrique, qui semblent former comme une triade symptomatique fondamentale — enfin, les vertiges, les vomissements, l'œdème, les épistaxis, les crachats sanguinolents, la douleur dans les régions lombaires, les fourmillements, les picotements dans les pieds, la sensation de froid aux pieds, les fourmillements dans les mains, les crampes dans les mollets, dans les cuisses, l'insomnie, l'agitation le jour, les bourdonnements d'oreilles, le changement de caractère, l'embarras de la parole, la manie puerpérale, le facies ; signes dont quelques-uns ressemblent à ceux que M. le professeur Dieulafoy a si bien décrits comme petits signes du mal de Bright, et sur lesquels il attirait dernièrement l'attention de l'Académie. Signes moins accentués, sans doute, que les symptômes fondamentaux, mais qui, par leur association ou même isolément, peuvent, dans quelques cas, faire penser à la toxémie et faire prévoir l'éclampsie.

III. — Influence du régime lacté sur ces symptômes prodromiques.

Nous avons pu examiner et suivre plusieurs des femmes qui ont été reçues pour albuminurie, et avant tout travail, à la Clinique de la Faculté dans le cours de l'année. Le plus souvent nous avons affaire à des femmes, primipares ou multipares, ne présentant pas de lésion pulmonaire ou cardiaque manifeste, femmes qui, jusqu'à l'époque de leur grossesse, avaient joui d'une bonne santé habituelle et n'ayant eu, dans les premiers mois de leur gestation, que quelques malaises si fréquents pendant cette période. Puis, vers le terme de leur grossesse, elles avaient vu apparaître la céphalée, les troubles de la vue, etc., quelques-unes demandèrent même à être admises à cause de l'intensité de ces différents troubles qui leur rendaient tout travail impossible. — Leurs urines, le jour de leur entrée, étaient en général foncées et l'albumine très manifeste. Quelques-unes de nos malades étaient très catégoriques pour nous dire que depuis quelques jours elles urinaient moins qu'à l'ordinaire. Dès leur admission elles étaient soumises au régime lacté absolu, lait à discrétion mais interdiction de prendre le moindre aliment. Elles commençaient par accepter assez volontiers ce régime, car elles n'avaient guère d'appétit, puis au bout de trois à quatre jours elles trouvaient le régime un peu sévère et demandaient quelques aliments, mais sur l'insistance que c'était le seul régime qui leur convenait ainsi qu'à leur enfant, elles finissaient par se soumettre et, l'habitude prise, elles le supportaient bien. Ce régime devait être suivi jusqu'à la disparition complète de l'albumine et des symptômes.

La quantité de lait qu'elles buvaient dans les vingt-quatre heures variait entre deux et quatre litres en moyenne. Le lendemain nous les trouvions dans le même état que la veille, les mêmes symptômes persistaient; les urines présentaient les mêmes carac-

tères, mais au bout de deux à trois jours nous constatons une augmentation dans la quantité des urines, augmentation dont les femmes elles-mêmes se rendaient bien compte surtout parce fait qu'elles étaient souvent obligées de se lever la nuit pour uriner et les mictions elle-mêmes étaient plus abondantes. La quantité moyenne des urines émises dans les vingt-quatre heures oscillait entre 1500 et 3000 grammes, suivant la plus ou moins grande quantité de lait qu'elles avaient absorbé la veille ; les urines étaient devenues plus pâles et d'une densité au-dessous de la moyenne.

Chez quelques-unes, après 4 à 5 jours seulement de régime lacté, nous avons observé la disparition totale de l'albumine et des symptômes qui l'accompagnaient. Chez d'autres l'albumine persistait plus longtemps mais allait toujours en décroissant et en même temps disparaissaient, peu à peu, la céphalée, les troubles de la vue, la douleur épigastrique ; mais ces symptômes disparaissaient sans règle fixe. Le repos aidant, l'œdème disparaissait le premier, puis c'était tantôt la céphalée, tantôt les troubles de la vue, tantôt la douleur épigastrique ou bien les nuits devenaient meilleures, elles n'avaient plus de cauchemars, n'étaient plus agitées ; seuls, les crampes et les fourmillements dans les pieds persistaient.

Quelquefois s'il y avait concordance entre la disparition de l'albumine et des symptômes, mais le plus souvent les symptômes disparaissaient alors qu'il y avait seulement diminution de l'albumine.

Les symptômes ne disparaissaient pas subitement : la céphalée, au lieu d'être continue, devenait intermittente, elle n'apparaissait plus que par moments puis disparaissait complètement ; les troubles de la vue disparaissaient aussi peu à peu ; quant aux troubles gastriques, le premier symptôme à disparaître nous a paru être les vomissements lorsqu'ils existaient, surtout les vomissements bilieux, car quelquefois, au début, elles vomissaient leur lait. Toutefois, en recherchant à quoi étaient dus ces

vomissements, nous nous sommes aperçus qu'ils étaient survenus lorsque les malades avaient voulu absorber une trop grande quantité de lait à la fois.

L'insomnie, en général, mettait plus longtemps à disparaître, mais peu à peu l'agitation disparaissait : elles ne se réveillaient plus qu'une fois ou deux dans le courant de la nuit, restaient moins longtemps éveillées ; les rêves disparaissaient avec les réveils en sursaut. Les nuits devenaient bonnes et seul le besoin d'uriner venait interrompre leur sommeil ; le matin au réveil elles n'éprouvaient plus le même sentiment de lassitude.

En même temps s'atténuaient les vertiges, les bourdonnements d'oreilles, les démangeaisons et les douleurs lombaires. Quant à l'hypertrophie cardiaque nous n'y avons jamais constaté le moindre changement et le pouls restait toujours un peu accéléré.

Symptômes prodromiques ayant devancé l'albuminurie

Ces différents symptômes, sur lesquels le régime lacté a une action manifeste, peuvent nous aider dans bien des cas à prévoir l'albuminurie ou l'imminence de l'albuminurie. Dans la séance du 10 janvier 1893, à l'Académie de Médecine, voici ce que disait Monsieur le prof. Tarnier : « Si le traitement curatif de l'éclampsie laisse beaucoup à désirer, son traitement prophylactique est, au contraire, très puissant, et pour réaliser cette prophylaxie il suffit de soumettre au régime lacté absolu les futures éclamptiques, c'est-à-dire les femmes enceintes albuminuriques. Quelle que soit la théorie qu'on adopte pour expliquer l'éclampsie, toujours est-il que cette terrible maladie n'éclate pas comme un coup de foudre, au milieu d'une santé parfaite, presque toujours elle est précédée et je pourrais dire annoncée par l'albuminurie gravidique, c'est un fait bien connu, dès lors la prophylaxie est possible et dans ces cas rien ne vaut le régime lacté sur l'utilité duquel notre collègue M. Jaccoud attirait

déjà l'attention de ses élèves en 1872 »... et dans la séance du 17 janvier 1893, parlant de la nommée D., Pauline, dont nous avons parlé plus haut et qui devint éclamptique dans le service: « le lendemain matin j'examine cette femme et je constate que ses jambes sont œdématiées depuis quelques jours, qu'elle a un gros œdème suspubien, que son cou est fortement gonflé. En l'interrogeant, j'apprends qu'elle a eu de la céphalalgie et des douleurs à l'épigastre, à ces divers symptômes il n'était pas difficile de reconnaître que cette femme était sous la menace de l'éclampsie; une attaque, en effet, éclatait peu de temps après et elle était bientôt suivie d'une deuxième. En interprétant ce fait, dira-t-on, qu'il s'agissait d'une albuminurie et d'une éclampsie survenues brusquement pendant l'accouchement? On serait, sans aucun doute, autorisé à soutenir cette opinion, mais ce n'est pas ma manière de voir et je vais dire pourquoi: une femme dont les jambes, la région pubienne et le cou sont fortement œdématiés depuis plusieurs jours et qui a de la céphalalgie et des douleurs épigastriques, était, selon moi, albuminurique depuis plusieurs jours, aussi, bien que l'examen de l'urine par la chaleur et l'acide nitrique ait été négatif, je suis convaincu, sans pouvoir le prouver, qu'une analyse plus délicate aurait démontré l'existence préalable de l'albumine. » Mais nous savons aussi que notre éminent maître ne s'en tient pas seulement à l'albuminurie pour ordonner le régime lacté; nous pouvons en donner la preuve.

Une nommée D., Louise, secondipare, âgée de 19 ans, entre le 21 janvier 1893 à la Clinique; depuis le 15 novembre, nous dit-elle, elle a des troubles de la vue avec sensation de vertige; depuis le commencement de janvier elle éprouve une céphalée légère, mais depuis le 22 janvier la céphalée a beaucoup augmenté, elle éprouve une céphalée frontale presque continue avec sensation de constriction au niveau des tempes. Nous constatons ce même jour un œdème assez prononcé des membres inférieurs. Nous faisons l'analyse de ses urines avec le plus

grand soin, nous n'y constatons pas trace d'albumine, pas plus que les 23, 24 et 25 janvier; voyant la persistance de ces symptômes et leur aggravation, on la soumet au régime lacté absolu; le 26, les symptômes persistent et nous trouvons un léger nuage d'albumine, ainsi que le 27. Le 28, l'albumine a disparu, les symptômes se sont amendés et le 29 elle accouche d'un enfant vivant pesant 3580 gr. et long de 50 cm.; l'albumine a reparu au moment du travail, mais elle sort bien portante quelques jours après.

Une nommée L., Eugénie, dont nous rapportons plus loin l'observation (observ. VIII) entre le 16 février à la clinique. A part un léger mal de gorge dans les premiers jours de mars, elle est très bien portante jusqu'au 24 mars, puis ce jour, dans l'après-midi, elle est prise de céphalée, de troubles de la vue, de douleur épigastrique avec vomissements bilieux. Le lendemain ces troubles persistent; nous examinons ses urines avec soin, nous n'y trouvons pas trace d'albumine; malgré cette absence d'albumine elle est soumise au régime lacté absolu. Le 23 mars, nous constatons de l'albumine ainsi que le 24 et le 25, puis l'albumine disparaît avec les symptômes.

Une nommée B., Marie, dont nous rapportons plus loin l'observation (observ. V), albuminurique à son entrée, voit l'albumine disparaître le 6 mai. On la soumet peu à peu au régime mixte, puis au régime ordinaire. Sa santé est très bonne jusqu'au 19 mai; elle se plaint ce jour de céphalée très vive semblable à celle qu'elle éprouvait le jour de son entrée: nous examinons ses urines avec soin, pas trace d'albumine. On la soumet au régime lacté absolu, le lendemain seulement nous constatons un nuage d'albumine; le surlendemain, l'albumine a de nouveau disparu ainsi que la céphalée.

Enfin, une nommée B., Louise, primipare, entre le 7 avril 93 à la clinique; à part quelques nausées et quelques vomissements au début de sa grossesse, sa santé a toujours été bonne jusque vers le 24 avril, puis elle se plaint d'éprouver une

céphalée très vive avec un point plus douloureux au niveau de l'occiput, elle a, en même temps, des troubles de la vue, de légers épistaxis et des cauchemars la nuit (tombe dans des précipices, rêve voyages, etc.), mais elle nous dit que ces cauchemars étaient apparus depuis une huitaine de jours, jamais jusque-là elle n'en avait eus; elle éprouve des crampes dans les mollets, mais le jour aussi bien que la nuit, l'analyse de ses urines ne décelle pas trace d'albumine. Elle est soumise au régime lacté absolu, les troubles persistent; le 29, le 30 avril et le 1^{er} mai nous constatons de l'albumine, puis, albumine et symptômes disparaissent à cause d'un rétrécissement de son bassin; on provoque l'accouchement prématuré et elle accouche d'un enfant vivant pesant 2,200 grammes et long de 44 centimètres.

Nous ne croyons pas que l'on puisse attribuer l'apparition de l'albumine au régime lacté, mais nous pensons que dans quelques cas les symptômes prodromiques peuvent précéder l'albumine, de même qu'il arrive quelquefois que les premiers symptômes qui annoncent des crises urémiques sont la céphalée, la dyspnée, les vomissements, avant l'apparition de l'albumine dans les urines: nous nous souvenons en avoir observé plusieurs cas pendant l'année que nous avons passée dans le service de M. Lancereaux.

Nous pensons donc que ces symptômes ont une importance réelle, parce qu'ils peuvent commander un examen plus attentif des urines et si, à l'apparition seule de ces symptômes, même en l'absence d'albumine, on ordonne le régime lacté, on pourra prévenir d'une façon plus certaine l'éclampsie car, nous savons, d'une part, qu'ils apparaissent, en général, à la fin de la grossesse, époque à laquelle s'observe aussi plus fréquemment l'éclampsie, et d'autre part qu'il faut un certain nombre de jours de régime lacté pour mettre à l'abri de cette terrible maladie, peut-être donc, en instituant le régime lacté dès l'apparition de ces symptômes, on arrivera à prévenir l'éclampsie,

dans des cas où, en attendant l'apparition de l'albumine, on l'eût institué trop tard.

Si, dans la majorité des cas, nous avons constaté une diminution ou une disparition assez rapide de l'albumine et des symptômes prodromiques, nous ne voudrions pas affirmer qu'il en soit toujours ainsi.

Dans les observations que nous rapportons, nous avons eu affaire, croyons-nous, à l'albuminurie gravidique proprement dite et non à l'albuminurie transitoire car, en général, nous avons constaté de l'albumine dans les urines pendant un certain nombre de jours. L'albumine n'était pas apparue à la suite de l'absorption d'une grande quantité d'œufs non cuits, ni d'un travail musculaire, etc., et l'albuminurie transitoire n'étant accompagnée d'aucun trouble dans la santé générale, ce n'est pas le cas des femmes que nous avons suivies.

Chez une de nos malades dont nous rapportons l'observation (ob. IX) nous avons été étonnés de voir la persistance de l'albumine malgré le régime lacté absolu et, ce régime, nous sommes convaincus qu'elle l'a scrupuleusement suivi, car comme elle nous l'avait dit, dès son entrée à la Clinique, elle était décidée à suivre tous les conseils qu'on lui donnerait pourvu qu'elle pût enfin mener une grossesse à terme. C'est une femme de 30 ans, grande, paraissant jouir d'une santé parfaite à part son teint un peu décoloré. C'est une multipare et si nous l'interrogeons au point de vue de ses grossesses antérieures nous trouvons : une première fois elle accouche à huit mois d'un enfant mort-né ; une deuxième fois à six mois et demi d'un enfant mort-né ; une troisième fois à huit mois d'un enfant mort-né ; une quatrième fois à huit mois d'un enfant mort-né. Nous ne trouvons chez elle ni chez son mari aucun stigmate de syphilis ; elle est femme de ménage, son mari est menuisier, ils paraissent sobres l'un et l'autre, nous ne trouvons donc ni syphilis ni intoxication pouvant expliquer ces accouchements prématurés et d'enfants mort-nés. Mais elle

nous apprend qu'à la fin de sa première grossesse, à l'âge de 24 ans, elle a eu de la céphalée, des troubles de la vue, des troubles gastriques, de l'œdème, elle était accouchée chez elle et l'analyse de ses urines ne fut point faite. A sa deuxième grossesse, apparition des mêmes symptômes, elle accoucha encore chez elle et l'examen de ses urines ne fut point encore fait. A sa troisième grossesse, réapparition des mêmes symptômes, elle entre à la clinique de la Faculté où l'on constate de l'albumine dans ses urines, son enfant était mort, elle est soumise au régime lacté, elle accouche 11 jours après son entrée. A sa quatrième grossesse elle voit encore apparaître les mêmes symptômes ; elle entre de nouveau à la clinique, on constate de l'albumine dans ses urines, son enfant avait succombé, on la soumet au régime lacté, elle accouche 19 jours après son entrée. Bien qu'à ses deux premières grossesses l'analyse des urines n'ayant pas été faite, on ne put constater la présence de l'albumine, les symptômes qu'elle accusait nous permettent de penser qu'elle fut, dès sa première grossesse, albuminurique comme aux suivantes et d'attribuer les accouchements prématurés d'enfants mort-nés à l'albumine. Elle devient donc une cinquième fois enceinte, l'apparition des symptômes prodromiques l'engage à venir à la consultation de la clinique le 24 mars, ses urines sont franchement albumineuses, les battements du cœur de son enfant sont nettement perçus et paraissent tout à fait normaux, elle est aussitôt soumise au régime lacté absolu ; le 3 avril elle nous dit que son enfant remue moins que les jours précédents, nous auscultons avec soin, nous n'entendons aucun battement fœtal, la veille nous les avions encore entendus comme les jours précédents. Les jours suivants impossibilité de percevoir les battements fœtaux, l'utérus tombe et la palpation ne nous permet plus de distinguer les parties fœtales, l'enfant a donc succombé. L'albumine diminue peu à peu, mais sans que nous constations une diminution bien manifeste correspondant à la mort du fœtus, l'albumine persiste jusqu'au 2 mai ; du 2 mai au 16 mai nous n'en cons-

tatons pas, on la soumet alors au régime lacté mixte; se trouvant bien, elle demande à sortir le 20; le lendemain elle entre de nouveau, se croyant en travail, l'albumine a reparu dans les urines. Elle entre en travail le 30 mai, à 5 heures 30 du matin, et à 1 heure 45 de l'après midi elle expulse œuf et placenta pesant ensemble 870 gr., l'enfant est macéré, le placenta complètement dégénéré. Le 8 juin les urines de cette femme étaient encore légèrement albumineuses.

Devant la persistance de l'albumine, malgré le régime lacté absolu et malgré la mort de l'enfant depuis deux mois, nous nous sommes demandé si nous pouvions considérer cette femme comme une albuminurique gravidique ou comme une femme ayant une lésion rénale ancienne; on sait combien est difficile ce diagnostic. Le signe de l'albumine rétractile ou non rétractile est maintenant abandonné; quant à la présence de cylindres granulo-graisseux (dans notre cas, M. le docteur Parmentier ayant eu l'obligeance de les rechercher, en a rencontrés), colloïdes, hyalins, nous savons qu'ils ne se rencontrent pas seulement dans le mal de Bright, mais qu'on en rencontre aussi dans l'albuminurie gravidique. La marche de ses grossesses précédentes peut, d'une part, nous autoriser à penser que dès sa première grossesse ses reins furent lésés; d'autre part, le cœur présente un bruit de galop, elle est polyurique nocturne depuis longtemps, ses urines le jour de son entrée étaient pâles, décolorées et de densité faible (1008), signes que l'on rencontre plus particulièrement dans la néphrite interstitielle. Aussi, malgré le jeune âge de la malade, nous serions tentés d'admettre des lésions scléreuses surajoutées à des lésions épithéliales datant de sa première grossesse.

Dans les cas où l'on voit chez une albuminurique, plusieurs grossesses s'être interrompues avant terme, où l'on voit, malgré le régime lacté, l'albumine persister aussi longtemps, nous pensons que le pronostic à porter ne doit pas être aussi favorable. Dans un cas où M. Tarnier vit ainsi

l'albumine résister au régime lacté, l'autopsie vint démontrer l'altération profonde des reins.

IV. — Régime lacté.

Si nous remontons à l'origine de l'emploi du lait en thérapeutique nous trouvons qu'Hippocrate en faisait déjà mention dans le quatrième volume de ses aphorismes. Plus tard Galien, Hoffmann, Hufeland en parlent, puis, longue période d'oubli jusqu'au commencement de ce siècle, où Bertrand, 1811, et Orfila, 1812, conseillent le lait dans les cas d'empoisonnements.

Cruveilhier érige le régime lacté en méthode dans le traitement de l'ulcère simple de l'estomac, il le conseille aussi dans certaines gastrites et affections intestinales et même dans les affections chroniques des voies respiratoires.

Serres d'Alais emploie la diète lactée dans l'anasarque, « un albuminurique, dont les urines présentaient à l'analyse les caractères de la maladie de Bright, fut le premier chez lequel je fis l'essai de trois soupes de lait par jour et d'un peu d'oignon après chacune d'elles; en quinze jours l'anasarque disparut à la suite d'une abondante diurèse, après un mois la guérison était complète. »

Le lait fut aussi conseillé dans les névroses, la manie aiguë et surtout la manie puerpérale.

Avec Hardy et Rayer nous voyons son rôle dans le traitement des dermatoses. Sydenham l'emploie contre la goutte et Cullen contre l'obésité.

En 1873 M. le professeur Jaccoud, dans ses leçons cliniques, élève le régime lacté au rang de méthode, il en étend les indications et le conseille surtout dans certaines affections gastro-intestinales; les hydropisies, les maladies rénales, etc., et fixe à trois procédés le mode d'administration du lait; régime pur, régime mitigé et régime mixte.

Le régime pur ne comprend que du lait à la dose de 3 à

4 litres de lait par jour d'heure en heure ou de deux heures en deux heures.

Le régime mitigé comprend 2 litres $1/2$ de lait, le complément pour faire les 3 litres est donné sous forme de potages additionnés de vermicelle, de semoule, de tapioca ; de plus, il fait prendre du pain, des biscuits, des œufs.

Le régime mixte est constitué tout simplement par l'addition de 2 litres de lait à l'alimentation commune.

En 1875, M. le professeur Tarnier a l'idée d'introduire ce régime dans le domaine obstétrical et en donne une nouvelle formule.

Il attire l'attention des accoucheurs sur les bons résultats qu'il en avait obtenus dans plusieurs cas et il termine sa communication en disant : « la guérison possible de l'albuminurie, pendant la grossesse, me fait espérer que dans bon nombre de cas on pourra prévenir l'éclampsie par le même moyen. »

Depuis, on sait combien ses prévisions se sont trouvées pleinement réalisées. Le lait vient remplacer la saignée, l'émétique tant vantée par Legroux et l'accouchement prématuré provoqué dont M. Tarnier lui-même avait fixé autrefois les conditions dans certains cas d'albuminurie. Accouchement prématuré provoqué, conseillé encore par Müricke dans tous les cas d'albuminurie par Schröder qui admet même la provocation de l'avortement, par John Byers (*The Dublin Journ.*, 2 août 86) ; par Macdonald de Liverpool (*British medical Journ.* 1882, tome II, p. 15) ; par Fry (*Am. Journ. of. Obst.* janvier 87) ; par Mac Cullen (Congrès de Washington, septembre 87).

Jamais, depuis l'introduction de ce régime, M. Tarnier n'a vu une femme albuminurique soumise pendant une semaine au régime lacté devenir éclamptique ; et nous savons qu'il n'est pas le seul à obtenir des résultats aussi favorables. Dans la séance du 31 janvier 93 à l'Académie de médecine, M. Pinard disait : « De 1889 à aujourd'hui, un peu plus de 5,000 femmes enceintes vinrent à la consultation de la Clinique Baudelocque

où leurs urines furent examinées ; sur ce nombre beaucoup étaient albuminuriques et furent admises dans le service ; mais la quantité d'albumine était souvent peu considérable et l'albumine disparaissait en quelques jours. On pourrait objecter que pour ces dernières, le repos, une bonne hygiène auraient simplement suffi. Je veux bien l'accorder, mais, parmi ces femmes il y en avait 61 pouvant être considérées comme grandes albuminuriques. Chez ces 61 femmes, les lésions placentaires démontrèrent l'intensité et la durée de l'albuminurie. Ces femmes furent soumises au régime lacté absolu, aucune de ces femmes n'eut d'accès d'éclampsie ; sur plus de 5,000 femmes, pas un seul cas d'éclampsie : n'est-ce pas dire que les accès éclamptiques doivent disparaître. Est-il un traitement prophylactique plus certain et plus invariable dans ses résultats ! »

Non seulement le régime lacté prévient l'éclampsie et permet par cela même à certaines femmes de mener à terme leur grossesse et d'accoucher d'enfants vivants ; mais il atténue aussi d'une façon manifeste les symptômes prodromiques de l'éclampsie et nous pensons que dans quelques cas il pourra être le traitement préventif des lésions rénales qui auraient pu persister à la suite de la grossesse, comme celles que nous croyons exister chez la femme dont nous parlons plus haut.

En 1875, M. Tarnier soumettait d'abord ses malades au régime mixte dont il avait donné ainsi la formule :

1 ^{er}	jour	1	litre de lait,	3	portions d'aliments
2 ^e	—	2	—	1	—
3 ^e	—	3	$\frac{1}{2}$	—	$\frac{1}{2}$ —
4 ^e	—	lait à discrétion sans autre aliment			

puis peu à peu il arrivait à instituer le régime lacté absolu, mais il disait : « Dans les cas graves, si j'avais constaté quelques prodromes d'éclampsie, la gradation précédente n'a pas été observée, et les malades ont été mises d'emblée à trois ou quatre litres de lait par jour. »

Aujourd'hui il a un peu modifié sa manière de faire et il ordonne plus volontiers le régime lacté absolu d'emblée.

Dans les mémoires de l'Académie de médecine de Belgique, 1877, nous avons trouvé publiée une observation de Charles de Liège intitulée : Albuminurie gravidique, insuccès du régime lacté, convulsions éclamptiques, mort. Voici l'observation résumée : Femme de 28 ans, secondipare, constatation de l'albumine au 6^e mois de sa grossesse (éclampsie à la 1^{re}). Charles de Liège prescrit du fer uni aux amers et conseille de joindre un litre de lait à la nourriture habituelle ; 15 jours après, la quantité d'albumine ayant augmenté, il fait prendre un purgatif tous les deux jours, il prescrit de l'acide gallique et deux litres de lait par jour ; malgré ce traitement l'albumine continue à augmenter, les molléoles se gonflent, l'œdème envahit les deux jambes. Le 7 novembre 1876, l'urine contient près de la moitié de son volume d'albumine, la malade se plaint d'un dégoût prononcé pour le lait dont elle fait usage depuis deux mois et dans les derniers temps très abondamment et presque à l'exclusion de toute autre nourriture, il insiste sur le régime lacté sévère et exclusif ; deux jours après, dans la nuit du 9 au 10, vers minuit, douleurs gastralgiques intenses et vomissements bilieux ; à 4 heures 1/2 du matin, convulsions éclamptiques. Mort le 12, vers midi.

Dans cette observation la malade fut soumise au régime lacté absolu pendant deux jours, mais nous savons que c'est là un laps de temps insuffisant pour prévenir l'éclampsie, et les jours précédents ce ne fut pas au régime lacté à l'exclusion de tout autre aliment qu'elle fut soumise, même pas au régime lacté mixte que préconisait à cette époque M. le Professeur Tarnier, puisque dans ce traitement on arrivait le 4^{me} jour au régime lacté absolu. Ce n'est donc pas un insuccès du régime lacté.

Deux de nos malades, dont nous rapportons l'observation (obs. X et XI), furent soumises au régime lacté mixte : la pre-

mière, parce que ne pouvant entrer à la clinique, il lui était, disait-elle, difficile de suivre chez elle, à cause de son travail, le régime lacté absolu; la seconde parce qu'elle ne voulut point s'y soumettre.

La première mange chez elle comme à l'ordinaire et se contente de joindre à sa nourriture habituelle 2 litres de lait comme boisson; elle n'a éprouvé, à la suite de ce régime, qu'une légère amélioration, sa céphalée et les différents troubles qu'elle présentait ont un peu diminué mais ils persistent. Le 11 mai cependant, le jour où elle entre pour accoucher, nous ne trouvons plus d'albumine.

La seconde ayant pu entrer à la clinique, on lui donne deux litres de lait par jour et une portion; les symptômes s'amendent mais l'albumine, indosable le jour de son entrée, augmente progressivement, et le 20 mars, c'est-à-dire 18 jours après son entrée, l'urine contient 0,50 centigr. d'albumine par litre. On lui conseille de se soumettre au régime lacté absolu, elle l'accepte; le surlendemain l'albumine est tombée à 10 centigr. et le 23 mars elle n'est plus dosable.

A la clinique de la Faculté, les femmes soumises au régime lacté ont du lait à discrétion, mais on leur interdit tout autre aliment: on le leur donne cru ou bouilli, cru le jour, bouilli la nuit à cause de sa conservation. C'est du lait de vache non écrémé et non sucré. La moyenne qu'elles arrivent à boire dans les 24 heures varie entre 2 et 4 litres; il est rare qu'elles dépassent ce chiffre: on leur conseille de le boire par petite quantité à la fois, un verre d'heure en heure environ et à intervalles aussi réguliers que possible.

Dans la grande majorité des cas nous avons vu le lait admirablement supporté, quelquefois elles le vomissaient un jour ou deux (de préférence la nuit) ou bien il survenait un peu de diarrhée, mais en persévérant tout rentrait dans l'ordre.

Si la douleur épigastrique était trop violente on additionnait le lait d'un peu d'eau de Vichy, dans la proportion de

1/4 d'eau de Vichy pour 3/4 de lait; quelques femmes se plaignaient de ne pas aimer le lait, de ne pouvoir en boire: on l'additionnait d'un peu de Kirsch ou de rhum et de cette façon elles le buvaient plus facilement. D'autres se plaignaient de ce que le lait leur rendait la bouche pâteuse, d'y avoir continuellement un goût de graisse, cet inconvénient était facilement combattu en leur conseillant de se rincer la bouche avec soin toutes les fois qu'elles avaient bu afin d'éviter que des parcelles de matières grasses séjournent entre les dents.

Nous croyons que le plus souvent on arrivera à faire accepter le régime lacté et, dans les cas où l'on rencontrerait des difficultés, on pourrait avoir recours aux petits artifices dont nous venons de parler et qui sont conseillés depuis longtemps.

Mais, si la femme vient consulter arrivée au terme de sa grossesse, que son urine est chargée d'albumine, qu'elle éprouve une céphalée très vive, des troubles de la vue, etc., M. Tarnier conseille assez volontiers de joindre, au début, au régime lacté, 3 à 4 grammes d'hydrate de chloral que la malade prend dans la journée.

Ayant pu constater les bons effets du régime lacté comme traitement préventif de l'éclampsie d'une part et comme traitement de l'albuminurie gravidique et des symptômes prodromiques de l'éclampsie, d'autre, part nous nous sommes demandé quelle pouvait être l'action du lait. Nous avons passé en revue les différentes théories pathogéniques de l'éclampsie: théorie nerveuse, théorie rénale, théorie sanguine, théories à peu près abandonnées aujourd'hui. Restent deux théories en présence: la théorie microbienne et la théorie de l'auto-intoxication. La première fut émise par Pouey et Doléris en 1885; ils avaient constaté la présence d'organismes dans les urines des femmes albuminuriques, avec prédominance de streptococcus. Dans le sang, ils trouvaient des organismes révélés par la culture et ils concluaient en disant: « L'urine et le sang de certaines éclampsiques albuminuriques contiennent des mi-

crobes, on peut observer la marche croissante et décroissante de la néphrite microbienne et de l'infection sanguine, parallèlement aux accidents convulsifs. »

Au Congrès de Blois, 1887, Delors arrivait aux mêmes conclusions. A la même époque Blanc trouvait dans l'urine des femmes enceintes albuminuriques des bacilles ; il en fit des cultures qu'il injecta à des lapines pleines et qui eurent des convulsions analogues à l'éclampsie, mais il ne put retrouver des bacilles dans le sang.

M. Hergott, de Nancy, reprenait dernièrement la question ; mais question non complètement élucidée encore.

La seconde théorie est due aux remarquables travaux de Monsieur le Professeur Bouchard sur les auto-intoxications, théorie si nettement exposée dans le travail de M. Rivière et la plupart des accoucheurs considèrent aujourd'hui l'éclampsie comme « résultant d'une excitation anormale de la moelle épinière et de certaines parties de l'encéphale par un sang vicié dans sa composition. » Le sang est vicié par des poisons qui lui viennent du dehors ou qui lui sont fournis par l'organisme lui-même par des microbes. Ces substances toxiques lui viennent les unes de nos aliments, telles sont les substances minérales, d'autres sont des produits de sécrétion physiologique comme la salive et la bile, d'autres sont produites par nos digestions, d'autres enfin par la putréfaction intestinale, sans compter que celles qui proviennent de la vie des cellules elles-mêmes et c'est au sang « qu'aboutissent tous les poisons, la totalité de ceux que fabriquent les tissus, une partie de ceux qui sont formés dans le tube digestif. »

Si notre organisme fonctionne bien, si nos émonctoires nous permettent d'éliminer, à mesure qu'ils se produisent, tous ces poisons, nous pouvons échapper à l'auto-intoxication, mais chez la femme enceinte il n'en est pas ainsi.

D'abord le système nerveux qui préside et dirige le fonctionnement de tous nos organes est modifié chez la femme enceinte,

les différents troubles si fréquents au début de la grossesse le prouvent; le cœur s'hypertrophie; les poumons refoulés par le diaphragme sont gênés dans leur fonctionnement et le cœur lui-même doit en recevoir le contre-coup. La masse totale du sang augmente et le sang ne présente plus sa constitution normale. Becquerel et Rodier ont montré que de 791,1 sur 1000 la quantité d'eau monte à 801,6. De leur côté Andral et Gavarret ont démontré que le nombre des globules de 128 gr. sur 1000 descend au-dessous de 120. Le fer et l'albumine diminuent aussi. Le sang n'a plus sa composition habituelle, mais de plus il est vicié. MM. Tarnier et Chambrelent ont prouvé que le serum sanguin des éclamptiques était plus toxique qu'à l'état normal puisque 4^{cc} 3 et même 3^{cc} 4 de serum d'éclamptique par kilogramme d'animal pouvaient amener la mort alors que le serum à l'état sain ne produit la mort qu'à 10^{cc}.

Ainsi, d'une part, perturbation apportée dans le fonctionnement du système nerveux, du cœur et des poumons et, d'autre part, changement dans la constitution et altération du sang, ce sont là des phénomènes qui peuvent rendre les échanges plus difficiles, plus imparfaits et contribuer pour une bonne part à la rétention dans l'organisme de produits toxiques qui, du sang, devraient passer à travers les reins dans l'urine.

Les émonctoires, de leur côté, sont altérés ou sont gênés dans leur fonctionnement; pendant la grossesse le foie présente un état graisseux très notable ainsi que l'a démontré depuis longtemps M. Tarnier (1857), ses fonctions en sont presque abolies. Les expériences de Hahn, V. Massen, Neuchi et Pawlow et consignées dans les archives des Sciences biologiques publiées par l'Institut impérial de St-Petersbourg (tome I, n° IV, 1892) viennent, de nouveau, démontrer le rôle de cet organe dans les auto-intoxications. Chez des chiens, dont ils avaient pu faire passer directement le sang dans la veine cave inférieure sans passer par le foie et nourris de viande, ils virent apparaître des accidents nerveux, quelquefois même suivis de mort. Chez d'autres chiens, auxquels ils pratiquaient la même opération,

mais qu'ils nourrissaient de lait, ils n'observèrent aucun accident. Voilà donc un organe chargé de la destruction des matières toxiques qui ne peut remplir ses fonctions chez la femme enceinte. Peut-elle demander à ses reins d'éliminer cet excès de substances toxiques ! Mais les reins sont gênés dans leur fonctionnement par les troubles apportés dans la circulation tout entière et altérés par la grande quantité de poison que contient le serum sanguin, poisons qu'ils ne peuvent excréter ainsi que l'a démontré M. Bouchard en montrant le peu de toxicité des urines des femmes éclamptiques. Quant au tube intestinal, on sait combien la constipation est fréquente chez la femme enceinte, nouvelle barrière fermée à l'élimination des poisons.

Pendant la grossesse, nous avons vu la perturbation apportée dans les fonctions des organes, le changement de constitution et l'altération du sang, nous voyons les troubles apportés dans les appareils d'élimination, ce sont bien là des raisons suffisantes pour que la femme enceinte soit continuellement sous la menace d'une toxémie.

Les indications dans les auto-intoxications, nous dit M. Bouchard, sont bien nettes ; il faut :

1° Empêcher les poisons ou au moins de nouveaux poisons de se former.

2° S'opposer à ce qu'ils pénètrent dans l'organisme en les soustrayant à l'absorption.

3° S'ils ont été absorbés, chercher à les détruire ou à activer les fonctions du foie qui est un destructeur physiologique des poisons.

4° Enfin favoriser leur élimination par tous les moyens possibles, mais surtout par les émonctoires naturels, la peau, les poumons, l'intestin, les reins.

Nous ne pouvons satisfaire complètement à la 1^{re} indication puisque, même à l'état sain, il se forme continuellement des

poisons dans l'intimité de nos tissus, mais nous pouvons, par une alimentation aussi facilement et aussi complètement absorbable que possible, diminuer les produits toxiques introduits dans notre organisme. Le lait réalise ces conditions, c'est un aliment et un aliment de facile digestion, « il fait passer dans la circulation un chyle qui n'exige pas une active élaboration de la part du foie, ni un grand travail d'hématose. » Il a en plus l'avantage de laisser un résidu moins considérable que tout autre aliment à l'action de putréfaction intestinale. Nous pouvons donc fournir à l'organisme, par le régime lacté, une alimentation suffisante et qui fournisse aussi peu de substances toxiques que possible, mais, même avec ce régime, l'organisme continue à en fabriquer, en moins grande quantité, mais il en fabrique; il y a donc indication à éliminer ces substances toxiques; le meilleur moyen paraît être de s'adresser aux diurétiques, le lait remplit encore cette seconde indication : sous son influence nous voyons les urines augmenter de quantité, l'urée augmenter dans des proportions assez considérables, 60 o/o environ, d'après M. Chibret, et l'albumine diminuer.

Les substances toxiques diminuant, les reins à leur tour sont moins exposés à être altérés et leurs fonctions deviennent plus faciles.

Nous croyons donc que le lait nous permet surtout de remplir deux indications : introduire moins de poisons dans l'organisme, en fournir moins au sérum sanguin, permettre aux reins d'éliminer ceux qui s'y forment.

OBSERVATION I (1)

La nommée A., Félicie, âgée de 30 ans, couturière, entre le 10 mars 1893, salle Gynécologie, lit n° 7.

A. H. — Père mort à 60 ans; mère morte à 59 ans; une sœur morte à 16 mois. Ne peut nous renseigner sur les maladies dont sont morts ses parents.

A. P. — Rougeole vers l'âge de 3 ans; pas d'autre antécédent pathologique. Réglée à 14 ans, jamais d'une façon bien régulière.

Secondipare. 1^{re} grossesse à terme, s'est très bien portée pendant le cours de cette grossesse; accouchement normal; enfant vivant; suites de couches très bonnes.

Grossesse actuelle: ne sait pas à quel âge elle a marché; rien de particulier du côté du squelette. La conformation de son bassin est normale.

Dernières règles du 15 au 20 juin 1892, a senti remuer dans le courant de novembre.

Pendant les trois premiers mois de sa grossesse elle a perdu l'appétit et vomit quelquefois sitôt après avoir mangé, vomissements alimentaires.

A partir du 4^{me} mois de sa grossesse sa santé devient bonne, à part une céphalée légère qu'elle éprouve de temps en temps.

En janvier 1893, extinction de voix à la suite d'un refroidissement. Le 10 mars 1893, elle vient à la consultation demandant à être admise, car, depuis trois semaines environ, elle éprouve une céphalée frontale très vive avec sensation de constriction au niveau des tempes; elle nous dit qu'elle a aussi quelques brouillards devant les yeux, mais y attache une impor-

(1) Les observations que nous publions sont personnelles: elles ont été recueillies dans le service de M. le prof. Tarnier.

tance bien moindre qu'à sa céphalée et à sa douleur épigastrique. Depuis le début de sa grossesse elle a toujours un peu souffert de l'estomac, mais depuis quelques jours cette douleur est devenue plus vive. Elle a des sensations de brûlure et ne peut dormir sur le côté gauche; elle a été reprise de quelques vomissements alimentaires et bilieux.

La malade attire notre attention sur son insomnie persistante et très fatigante. La nuit elle a continuellement des cauchemars (se voit entourée d'animaux, bœufs, chevaux, chats qui veulent l'attaquer ou la mordre; elle tombe dans des précipices et subitement se réveille en sursaut et couverte de sueur); aurait toujours rêvé la nuit, mais rêves pas aussi désagréables que ceux qu'elle fait depuis quelques jours; crampes dans les mollets, fourmillements et picotements dans les pieds, aussi bien le jour que la nuit.

Pas de pituite le matin, ni tremblement des lèvres et des doigts, pas d'anesthésie ni hyperesthésie plantaires.

A l'examen nous trouvons un utérus remontant à trois travers de doigts de l'épigastre; l'enfant se présente par le sommet en OIGA, la tête n'est pas engagée, les battements fœtaux sont normaux.

Au toucher, col un peu déchiqueté, long et perméable.

Rien de particulier du côté des poumons.

Respiration normale, légèrement accélérée, 18 inspirations par minute.

Cœur hypertrophié, ni bruit de galop, ni bruit de souffle.

Pouls un peu accéléré, 82 pulsations par minute.

Du côté du tube digestif, en dehors des troubles gastriques, nous trouvons de la constipation.

Léger œdème des membres inférieurs avec prédominance au niveau des malléoles.

Urines un peu foncées, densité 1020, albumine en assez grande quantité.

A remarqué que depuis quelques jours elle urinait moins.

Soumise au régime lacté absolu le 10 mars au soir, boit une moyenne de trois à quatre litres de lait dans les vingt-quatre heures.

Pendant cinq à six jours l'état reste le même qu'à son entrée. Le 16 mars au matin elle nous dit que la nuit a été bonne, qu'elle ne souffre plus de l'estomac, mais la céphalée persiste; les urines

sont claires 1°14 de densité ; renferment toujours de l'albumine mais en moindre quantité ; urine une moyenne de 3 litres dans les vingt-quatre heures ; l'œdème a disparu.

Le 20 mars nous ne trouvons pas trace d'albumine dans les urines ; la malade nous dit que la céphalée a bien diminué, qu'elle n'est plus continue. Ses nuits sont tantôt bonnes, tantôt entremêlées de cauchemars ; les crampes dans les mollets et les fourmillements dans les pieds persistent.

Le 21 mars nous retrouvons de l'albumine dans les urines ; nous lui demandons si elle a bien suivi le régime lacté absolu ; elle commence par nous l'affirmer puis nous avoue que la veille elle a mangé quelques biscuits qu'on lui avait apportés.

Les 21 et 22 mars l'albumine persiste ; se trouve très bien par ailleurs.

Le 23 mars la céphalée a reparu, la malade qui jusque-là supportait bien son régime a été prise la veille de dégoût pour le lait et n'a pu en prendre que 500 grammes dans la journée.

L'albumine persiste ; un litre d'urine densité 1018.

Le 24 mars a pris un litre et demi de lait dans la journée ; va bien ; nuage d'albumine.

Le 25 mars ; plus trace d'albumine, prend son lait sans trop de difficulté ; se trouve bien ; ses nuits sont bonnes ; pas de céphalée, ni troubles de la vue, ni douleur épigastrique.

Elle va très bien jusqu'au 28 mars ; à partir de ce jour on la soumet au régime lacté mixte, c'est-à-dire qu'elle prend deux litres de lait et une portion.

Le 30 mars ; se trouve bien, mais l'albumine qui avait disparu depuis cinq jours reparait ; on la soumet de nouveau au régime lacté absolu ; l'albumine persiste jusqu'au 5 avril, sans toutefois que les autres symptômes réapparaissent.

A partir du 6 avril nous ne constatons pas trace d'albumine dans les urines ; la malade va très bien ; le 11 avril à six heures du matin elle entre en travail ; nous la sondons à 9 heures et demie pour examiner ses urines, nous ne trouvons pas trace d'albumine.

A midi la dilatation est complète et à une heure elle accouche d'un garçon bien portant, pesant 3700 gr. et long de 51 c.

La délivrance est normale ; pas d'hémorrhagie ; le placenta présente un ou deux foyers de dégénérescence.

Les suites de couches sont bonnes ; la malade sort tout à fait bien portante de la clinique.

OBSERVATION II

La nommée F., Louise, âgée de 29 ans, domestique, entre le 19 avril 1893, salle Gynécologie, lit n° 7.

A. H. — Père mort d'alcoolisme à 44 ans ; mère vivante bien portante ; ni frère ni sœur.

A. P. — Aucun antécédent pathologique. Réglée à 14 ans, a toujours été bien réglée.

Primipare. — Dernières règles du 23 au 26 juin 1892 ; n'aurait jamais eu de relations sexuelles avant le mois de juillet 1892 ; a senti remuer dans le courant de janvier.

Au début de sa grossesse, elle a eu quelques nausées pendant les trois premiers mois ; pas de vomissements ; dans le courant de février et de mars, quelques maux de tête passagers. A part ces quelques troubles, elle a eu une santé parfaite jusque il y a quinze jours ; depuis cette époque, elle éprouve une céphalée frontale très vive ; céphalée continue, mais avec exacerbation par moments. N'a aucun trouble de la vue ; ni myosis, ni mydriase. En même temps que sa céphalée, douleur épigastrique très violente ; sensation de brûlure et de poids au niveau de l'estomac ; l'appétit est bien diminué ; elle a des nausées suivies du rejet de quelques gorgées de liquide jaunâtre et amer ; pas de vomissement alimentaire ; cette douleur épigastrique est aussi vive la nuit et trouble son sommeil.

Ce sont ces différents troubles apportés à sa bonne santé habituelle qui l'engagent à venir demander un lit à la Clinique avant son terme. Pas de cauchemars la nuit, pas de crampes dans les mollets, mais picotements et fourmillements dans les pieds avec sensation continuelle de froid.

On examine aussitôt ses urines : albuminurie très manifeste. A l'examen, nous ne trouvons rien de particulier du côté de son squelette ; elle ne sait pas à quel âge elle a marché ; la conformation de son bassin est normale.

Le fond de l'utérus est à un travers de doigt de l'épigastre ; l'enfant se présente par le sommet en O I G A, la tête est engagée, les battements du cœur fœtal sont bons.

Au toucher, col long, non perméable.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Respiration normale ; à l'auscultation rien de particulier.

Cœur hypertrophié, ni souffle ni bruit de galop.

Pouls un peu accéléré, 75 pulsations à la minute.

Du côté du tube digestif, en dehors des troubles gastriques, constipation. Ne s'est pas aperçue que la quantité de ses urines ait diminué.

Soumise au régime lacté absolu, le 19 avril au soir.

Le 20, même état que la veille.

Le 21, a bu dans les vingt-quatre heures quatre litres de lait, le supporte bien; trois litres d'urine densité 1014, urines pâles, décolorées, albumine.

Le 25 avril, continue à boire son lait avec plaisir; elle nous dit qu'elle se trouve beaucoup mieux, sa céphalée a bien diminué, la nuit a été très bonne, ne souffre presque plus de l'estomac, plus de nausées ni de vomissements.

L'albumine a diminué.

Le 26, ne souffre plus du tout, seule l'albumine persiste mais en très petite quantité, à peine un nuage.

Son état reste très satisfaisant jusqu'au 5 mai, à part l'albumine qui n'a pas complètement disparu; elle accouche ce jour à cinq heures du soir d'un enfant vivant pesant 3000 gr. et long de 50 centimètres.

La délivrance est normale, pas d'hémorrhagie, pas de lésion placentaire apparente.

Sort avec son enfant le 15 mai, mais comme ses urines renferment encore un peu d'albumine, on lui conseille de suivre chez elle le régime lacté.

OBSERVATION III.

La nommée M..., Amélie, âgée de 17 ans, blanchisseuse, entre le 16 février, salle de Gynécologie.

A. H. — Père et mère bien portants: 5 frères bien portants; 2 sœurs bien portantes.

A. P. — A l'âge de 14 ans fièvre typhoïde, pas d'autre antécédent pathologique. Réglée à 14 ans, jamais d'une façon bien régulière.

Primipare. — Dernières règles du 20 au 28 mai 1892. Au début de sa grossesse quelques nausées, pas de vomissements; à part ces nausées, sa santé a été parfaite.

A la fin de décembre ses nuits, jusque-là excellentes,

Continuement agitée, elle a continuellement des crachements. Quand dans des printemps ou en voulant traverser des rivières elle baigne dans l'eau, réveille en sursaut. Le matin elle éprouve une grande lassitude en se réveillant.

À la fin de janvier elle commence par éprouver un peu de fièvre, le soir elle est plus fatiguée qu'à l'ordinaire et peut travailler plus difficilement. Sa appétite se va augmentant et elle devient très vive, végétale occupant toute la région thoracique avec un point plus d'élévation en arrière de l'omoplate, végétale continue avec plus d'intensité par moments. Depuis le même époque elle éprouve des crampes dans les muscles des parois abdominales et des fémoraux dans les parties postérieures de la main en sursaut, peu de tremblement des mains et une lassitude, peu d'insomnie et hyperémie plantaire.

Depuis la fin de janvier elle a des frissons de la nuit, voit des images qui lui passent devant les yeux, au même moment elle éprouve une sensation de mouvement et elle est obligée de s'éveiller ou de s'allonger.

Durant toute la grossesse elle avait un peu souffert de l'insomnie, mais depuis quelques jours le douleur épigastrique est devenue plus vive, sensation de poids en arrière de l'omoplate, perte d'appétit, nausées mais peu de vomissements, toutefois elle rend de temps en temps quelques gorgées de liquide amer et jaunâtre. Douleur plus intense la nuit que le jour, constipation, démaigrissement en arrière des bras et de la paroi abdominale. De temps à autre elle éprouve depuis quelques semaines des douleurs dans les régions lombaires, douleurs passagères et survenant n'importe à quel moment.

Légers œdèmes des membres inférieurs.

Le jour de ces crises les urines sont louées et fortement chargées d'albumine, à remarquer que depuis quelques jours elle urine moins que de coutume.

À l'examen :

Rien de particulier de noté de squelette, la conformation du bassin paraît normale.

Respiration normale; rien à l'auscultation.

Cœur hypertrophié sans bruit de galop ni souffle.

Pouls: 80 pulsations à la minute.

Quelques zones d'hyperémie inégalement disséminées sur les

différentes parties du tronc et de la face. Fond de l'utérus à 3 travers de doigts de l'épigastre ; présentation du sommet en OIGA ; tête engagée ; battements du cœur foetal normaux.

Au toucher col long non perméable.

Soumise dès le 16 février au soir au régime lacté absolu.

Le 17 février. — Même état que la veille.

Le 18 février. — A bu trois litres de lait dans les vingt-quatre heures, le supporte bien ; urines pâles, décolorées, 1015 de densité ; pas d'amélioration ; 1 gr. d'albumine par litre.

19 février. — Même état que les jours précédents, l'albumine a un peu augmenté, il y a un peu plus de un gramme.

20 février. — Plus de nausées, mais la sensation de poids au niveau de l'épigastre persiste ; la céphalée est moins continue, les troubles de la vue sont moins intenses et ne sont plus accompagnés de somnolence.

L'albumine a un peu diminué, 75 centigr. par litre.

21 février. — La nuit a été meilleure, pas de cauchemars ; la céphalée a disparu ainsi que les nausées et les troubles de la vue ; la douleur épigastrique, moins intense, persiste avec les crampes dans les mollets, les picotements et les fourmillements dans les pieds ; pas de démangeaisons.

22 février. — Même état que la veille ; albumine en quantité un peu inférieure.

23 février. — Continue à aller mieux ; la nuit a été bonne ; légère douleur épigastrique.

24 février. — L'albumine n'est plus dosable ; se trouve bien.

Le 25 février, elle accouche d'un enfant vivant pesant 2503 gr. et long de 47 cm. ; l'accouchement et la délivrance sont normaux ; au moment du travail il existe un petit louche d'albumine ; les jours suivants, il persiste, mais la malade sort bien portante, sans avoir trace d'albumine dans ses urines, le 6 mars 1893.

OBSERVATION IV

La nommée M., Amélie, 20 ans, journalière, entre le 3 février 1893, salle Gynécologie, lit n° 10.

A. H. — Père mort il y a 3 ans de tuberculose ; mère vivante, aurait souvent les jambes enflées.

A. P. — Réglée vers l'âge de 14 ans, irrégulièrement, tousserait un peu tous les hivers depuis l'âge de 17 ans, pas d'hémoptysies ni sueurs nocturnes, ni amaigrissement.

Primipare. — Dernières règles du 20 au 24 mai 1892. — Très bien portante pendant les premiers mois de sa grossesse, ni nausées, ni vomissements; ne se serait aperçue qu'elle était enceinte qu'aux mouvements actifs de son enfant dans le courant d'octobre.

Depuis le 25 janvier elle est gênée dans son travail par des troubles de la vue; tout à coup elle éprouve une suppression complète de la vision « c'est comme si on m'eût mis un voile devant les yeux, pendant quelques secondes, nous dit-elle, puis qu'on me le retire brusquement ». Ces troubles de la vue sont accompagnés d'une céphalée très vive généralisée mais avec prédominance au niveau des tempes, céphalée continue. Elle se plaint de sensations vertigineuses, elle éprouve comme une sensation de vide autour d'elle et elle sent qu'elle tomberait si elle ne s'asseyait ou ne se retenait à un meuble voisin.

Le 26 janvier apparaissent des troubles épigastriques, sensation de brûlure, perte d'appétit, mais ni nausées, ni vomissements.

Depuis le 25 janvier, ses nuits, jusque-là très bonnes, sont devenues mauvaises, ces différents symptômes troublent son sommeil, elle se réveille plusieurs fois et reste éveillée une bonne partie de la nuit : démangeaisons très vives dans les bras depuis quelques jours. Inquiétée par tous ces malaises, elle vient consulter à la clinique le 3 février.

A l'examen : rien de particulier du côté du squelette, la conformation de son bassin paraît normale.

Léger œdème des membres inférieurs et de la région sus-pubienne.

A la percussion, légère matité au sommet droit, à l'auscultation quelques râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine.

Cœur hypertrophié, pas de bruit de galop ni de souffle, 70 pulsations à la minute.

Utérus à deux travers de doigts de l'épigastre, présentation du sommet en OIDP, tête engagée, battements fœtaux bons léger excès de liquide amniotique.

Au toucher col long fermé.

Urines foncées, densité 1018, albumine. Soumise au régime lacté absolu le 3 février au soir.

Le 4 février état stationnaire.

Le 5 février a bu trois litres de lait dans les vingt-quatre heures, urines claires 1500 gr. densité 1014, albumine persiste.

Le 6 février, la céphalée est aussi vive, mais les troubles de la vue ont diminué, elle n'a plus de suppression brusque et complète de la vision, mais de temps en temps elle voit comme des cercles qui tournent devant ses yeux.

L'œdème a disparu, ne souffre plus de l'estomac, supporte bien le régime lacté, ses nuits sont meilleures, mais est obligée de se lever deux à trois fois pour uriner.

Pas trace d'albumine.

Le 7 février, la céphalée seule persiste, quoique un peu moins vive, se trouve bien par ailleurs, pas de troubles de la vue, pas d'albumine dans les urines.

Elle accouche le 7 février d'un enfant vivant pesant 2350 gr. et long de 46 cm.; au moment du travail on ne constate pas d'albumine.

Délivrance normale, pas de lésion placentaire apparente.

Sort bien portante le 17 février.

OBSERVATION V

La nommée B., Marie, 24 ans, domestique, entre le 4 avril 1893, salle Gynécologie, lit n° 4.

A. H. — Père vivant, bien portant; mère vivante, bien portante; un frère, bien portant; six sœurs, bien portantes.

A. P. — Rougeole à huit ans; règles à dix-huit ans, irrégulièrement; soignée l'an passé, pour anémie, à l'hôpital Beaujon.

Primipare; dernières règles : du 15 au 18 juillet 1892; ne sait pas à quelle époque elle a senti remuer; santé parfaite jusqu'aux premiers jours de mars; ni nausées, ni vomissements.

A cette époque, elle commence à éprouver des malaises, se sent plus fatiguée que de coutume; bourdonnements d'oreilles; céphalée frontale très vive avec exacerbation; brouillards devant les yeux; voyait tout tourner autour d'elle; sensation de vide, mais pas de perte de connaissance.

Rêve qu'elle tombe dans des précipices; aurait toujours

rêvé la nuit, mais depuis quelques semaines les rêves sont plus fatigants; pas de crampes dans les mollets, ni fourmillements, ni picotements dans les pieds.

Démangeaisons localisées aux bras; pas de douleur épigastrique; constipation.

Urines foncées; albumine très manifeste.

A l'examen: rien de particulier du côté du squelette; la conformation du bassin paraît normale.

Cœur maternel hypertrophié; pas de bruit de souffle, pas de bruit de galop.

Pouls: 72 pulsations à la minute.

Respiration normale; rien de particulier à l'auscultation; pas de varices; œdème des membres inférieurs et de la région sus-pubienne.

Utérus à deux travers de doigts de l'épigastre; présentation du sommet en OIGA; tête engagée; battements fœtaux normaux.

Léger excès de liquide amniotique.

Au toucher col long non perméable.

Soumise au régime lacté absolu dès le 4 avril au soir. Elle boit une moyenne de quatre litres de lait par jour; supporte bien le régime lacté; symptômes et albumine persistent mais vont en s'atténuant.

Le 18 avril. — La nuit a été bonne, n'a pas eu de cauchemars, les démangeaisons ont disparu; la céphalée n'apparaît plus que par moments; l'œdème a disparu depuis deux jours; albumine en petite quantité.

Le 19 avril. — La céphalée a disparu; l'albumine seule persiste.

Le 20 avril. — Se trouve bien; nuage d'albumine.

Le 21 avril. — Même état que la veille.

Le 22 avril. — Nous ne trouvons pas trace d'albumine.

Le 25 avril. — Nous retrouvons de l'albumine, les symptômes n'ont pas reparu; nous affirme n'avoir pris que du lait la veille comme les jours précédents.

Le 26 avril. — Pas trace d'albumine.

Le 30 avril. — Continue à aller très bien; suit toujours le régime lacté absolu; pas trace d'albumine dans ses urines.

Le 2 mai. — On la soumet au régime lacté mixte, c'est-à-dire qu'elle prend deux litres de lait dans la journée et une portion, le lendemain réapparition de l'albumine.

On la soumet de nouveau au régime lacté absolu ; l'albumine persiste jusqu'au 6 mai ; aucun symptôme ne réapparaît ; à partir du 6 mai plus d'albumine.

Le 11 mai. — On la remet au régime mixte ; l'albumine ne reparait plus ; se trouvant très bien elle descend au dortoir le 16 mai elle est alors soumise au régime ordinaire (vin, viande, pain, etc...)

Le 19 mai la céphalée reparait, céphalée très vive, troubles de la vue. Ses urines examinées avec soin ne renferment pas trace d'albumine ; malgré cette absence d'albumine on la soumet au régime lacté absolu.

Le 20. — La céphalée persiste. Nuage d'albumine dans les urines.

Le 21. — La céphalée a disparu, pas d'albumine.

Continue à suivre le régime lacté absolu jusqu'au 23 mai ; elle accouche à 2 heures 40 du matin. On est obligé de lui faire une application de forceps pour insuffisance des contractions utérines et résistance du périnée. L'enfant pèse 3600 gr. et mesure 53 cent., il fait quelques inspirations et succombe.

Délivrance artificielle, pas d'altération apparente du placenta.

Pendant les suites de couches l'albumine reparait mais la malade a de la température. Sort bien portante.

OBSERVATION VI

La nommée J., Jeanne, 26 ans, employée de commerce, entre le 18 mai 1893, salle de Gynécologie, lit n° 2.

A. H. — Père mort pendant la guerre en 1870 ; mère vivante bien portante.

A. P. — Régée à 15 ans, toujours bien réglée ; métrite à 24 ans à la suite d'une fausse couche ; aucun autre antécédent pathologique.

Secondipare. — Fausse couche de 6 mois il y a deux ans. Grossesse actuelle : Dernières règles du 15 au 18 juillet 1892.

Très bien portante pendant les premiers mois de sa grossesse, se plaint d'éprouver, depuis une huitaine de jours, une céphalée frontale très vive, céphalée continue ; n'a pas de brouillards devant les yeux mais a quelquefois des sensations vertigineuses, douleurs épigastriques vives depuis la même époque, tantôt ec

sont des sensations de brûlure, tantôt une sensation de poids qu'elle éprouve dans la région épigastrique, vomissements alimentaires mais la nuit elle rend quelques gorgées d'un liquide verdâtre très amer, elle nous fait remarquer que ces vomissements bilieux ne sont pas aussi douloureux que les vomissements alimentaires, et ils surviennent sans effort. Constipation opiniâtre.

Douleur dans les régions lombaires.

Depuis un mois elle a des cauchemars, la nuit elle rêve qu'on l'assassine, qu'elle est écrasée, et elle se réveille en sursaut. Crampes dans les mollets mais surtout dans les cuisses apparaissant à n'importe quel moment ; ni picotements ni fourmillements dans les pieds, pas de pituite le matin au réveil, pas de tremblement des mains ni des lèvres.

A l'examen nous ne trouvons rien de particulier du côté du squelette, la conformation de son bassin est normale.

Le fond de l'utérus est à deux travers de doigts de l'épigastre, l'enfant se présente par le sommet en OIGA ; les battements fœtaux sont bons.

Au toucher col long, perméable, jusqu'à l'orifice interne.

Rien de particulier du côté de la respiration, auscultation normale.

Cœur hypertrophié, pas de bruit de galop ni de souffle.

Pouls, 65 pulsations à la minute.

Œdème des membres inférieurs et de la région sus-pubienne — zones d'anesthésie sur la face et sur les membres, pas d'hype-resthésie plantaire.

Urines foncées, albumine très manifeste.

Soumise au régime lacté absolu dès son entrée.

Le 20, a bu trois litres et demi de lait dans les vingt-quatre heures ; urines pâles, albumine, même état que la veille.

Le 22 ne vomit plus du tout, la douleur épigastrique bien diminué, elle n'éprouve plus de brûlures, mais une sensation de poids, l'œdème a disparu, souffre moins des reins, la céphalée, quoique moins continue, persiste, la nuit a été très bonne, albumine en quantité à peine visible.

Le 23, se trouve réellement beaucoup mieux, la céphalée n'apparaît que par moments et elle est moins violente, elle supporte bien le régime lacté, pas trace d'albumine dans les urines.

Elle entre en travail le 24 mai, à sept heures du matin, et elle accouche à 3 trois heures vingt minutes du soir d'un enfant vivant pesant 3600 gr. et long de 52 centimètres. Accouchement et délivrance sont normaux. Les suites de couches sont très bonnes, n'éprouve aucun trouble, l'albumine ne réparaît pas et elle sort au bout de quelques jours très bien portante.

OBSERVATION VII

La nommée C., Valentine, âgée de 21 ans, polisseuse, entre à la Clinique le 24 avril 1893, salle de Gynécologie, lit n° 4.

A. H. — Père vivant bien portant ; mère vivante bien portante ; 3 frères bien portants ; 5 sœurs bien portantes.

A. P. — Rougeole vers l'âge de 3 ans, réglée à 12 ans, toujours bien réglée. A l'âge de 20 ans, accidents méningés avec diplopie, puis cécité complète. Examinée aux Quinze-Vingts par le docteur Kalt dans le courant d'avril 1892, le diagnostic porté a été : double atrophie optique, probablement d'origine méningée. Actuellement, distingue à peine le jour de la nuit.

Primipare. — Dernières règles vers le 12 août 1892 ; a senti remuer le 25 décembre.

Au début, vomissements alimentaires et bilieux. Pendant tout le cours de sa grossesse, elle a souffert de céphalée ; depuis les premiers jours d'avril la céphalée s'est accentuée, devenant surtout plus forte par moments ; depuis la même époque, œdème des membres inférieurs et douleur épigastrique ; déman-geaison dans les régions lombaires.

Petites hémorrhagies dentaires depuis une huitaine de jours ; ne saignait jamais avant.

Crampes dans les jambes. Sensation d'engourdissement dans la jambe droite. N'a jamais bien dormi la nuit, mais depuis quelques semaines elle ne peut plus reposer ; est continuellement éveillée ; pas de cauchemars ni de réveils en sursaut.

A l'examen : rien de particulier du côté du squelette. La conformation de son bassin paraît normale.

Œdème des membres inférieurs ; œdème sus-pubien ; œdème des paupières ; bouffissure de la face.

Fond de l'utérus à 2 travers de doigts de l'épigastre ; présen-

tation du sommet en O I G A ; tête engagée ; battements fœtaux normaux ; au toucher col long fermé.

Cœur hypertrophié ; pas de bruit de souffle ni de galop.

Pouls, 63 pulsations à la minute.

Respiration normale ; rien à l'auscultation.

Urines foncées chargées d'albumine.

Soumise au régime lacté dès le 24 avril au soir.

27 avril	1 gr.	d'albumine par litre.	
28 —	1 gr. 50	—	—
29 —	1 gr.	—	—
30 —	1 gr. 25	—	—
1 ^{er} mai	2 gr.	—	—
2 —	2 gr.	—	—
3 —	1 gr. 25	—	—

L'albumine va en décroissant les 4, 5, 6, 7, le 8 mai, 50 centigrammes environ par litre ; continue à suivre rigoureusement le régime lacté absolu ; l'œdème a disparu depuis le 2 mai ; ne souffre plus du tout de l'estomac depuis le 6 mai ; pas de vomissements ni alimentaires ni bilieux ; pas de démangeaisons. A partir du 12 mai l'albumine devient indosable, mais elle persiste jusqu'à sa sortie de la Clinique ; la céphalée a beaucoup diminué depuis les premiers jours de mai ; elle accouche le 18 mai, à 2 heures du matin, d'un enfant vivant pesant 3120 gr. et long de 49 c. ; l'accouchement est normal ; mais hémorrhagie de la délivrance 480 gr. pesés.

Pas de lésion placentaire apparente.

OBSERVATION VIII.

La nommée L..., Eugénie, 21 ans, journalière, entre le 16 février 93 à la Clinique, au dortoir des femmes enceintes.

A. H. — Père vivant bien portant ; mère vivante bien portante ; 4 sœurs bien portantes ; 2 sœurs mortes en bas âge.

A. P. — Hydarthrose du genou droit à l'âge de 17 ans ; pas d'autre antécédent pathologique ; a toujours joui d'une santé parfaite.

Réglée à 17 ans 1/2, toujours très bien réglée.

Secondipare. — A sa première grossesse rien de particulier ; est accouchée en mars 92 ; a revu six semaines après pendant une demi journée, depuis n'a rien vu ; ne sait pas à quelle époque elle a senti remuer.

Se croyant près de son terme elle vient à la consultation demander un lit le 16 février ; elle se plaint d'avoir eu quelques nausées et quelques vomissements alimentaires au début de sa grossesse ; par ailleurs sa santé a été très bonne ; pas d'albumine dans les urines ; pas de céphalée, ni douleur épigastrique, ni troubles de la vue.

Elle a marché à trois ans ; mais rien de particulier du côté du squelette ; la conformation de son bassin paraît normale. Utérus à trois travers de doigt de l'épigastre ; présentation du sommet en OIDP, tête non engagée ; battements fœtaux normaux.

Au toucher col long, perméable jusqu'à l'orifice interne.

Elle est admise au dortoir où elle est soumise au régime ordinaire. Dans les premiers jours de mars elle se plaint d'un léger mal de gorge avec extinction de voix.

Le 21 mars, dans l'après-midi, elle éprouve une céphalée frontale très vive avec sensation de constriction, en même temps, troubles de la vue, a continuellement comme un brouillard devant les yeux, elle est obligé de rester assise, car elle éprouve des sensations vertigineuses ; douleur épigastrique accompagnée de vomissements alimentaires et bilieux ; met tous ces troubles sur le compte de la migraine et n'y attache pas d'importance.

Le lendemain, n'éprouvant aucune amélioration, elle en fait part à M. le docteur Demelin ; nous l'interrogeons, elle nous raconte ce qu'elle a éprouvé la veille ; elle souffre de sa céphalée, ses troubles de la vue persistent ainsi que la douleur épigastrique ; elle nous dit que toute la nuit elle a été très agitée, qu'elle avait eu des rêves désagréables (avait vu ses voisines accoucher de crocodiles). Mais depuis une quinzaine de jours, ses nuits étaient moins bonnes, rêvait animaux qui la poursuivaient et se réveillait en sursaut, mais non couverte de sueur ; jamais jusque-là elle n'avait eu de rêves terrifiants. N'a pas de pituite le matin, pas de crampes dans les mollets, sensation de froid aux pieds.

Pas de tremblements des lèvres, ni des mains; pas de zones d'anesthésie, ni d'hyperesthésie plantaires.

Démangeaisons dans la région hypogastrique depuis deux jours. Nous la sondons aussitôt, urines claires, pas d'albumine; cœur hypertrophié, pas de bruit, de souffle, ni de galop; pouls, 65 pulsations à la minute.

Respiration normale, rien à l'auscultation, pas d'œdème.

Bien qu'on n'ait pas constaté d'albumine, on la soumet au régime lacté absolu.

23 mars. — Même état que la veille; a bu quatre litres de lait; le supporte bien; traces d'albumine dans les urines.

24 mars. — Pas de vomissements; les autres symptômes persistent; traces d'albumine.

25 mars. — La nuit a été bonne; pas de douleur épigastrique, mais quelques nausées; léger trouble albumineux.

26 mars. — Céphalée moins vive; a toujours quelques nuages devant les yeux; pas de vomissements; pas de nausées; la douleur épigastrique réapparaît par moments; pas d'albumine.

27 mars. — Même état que la veille.

28 mars. — N'éprouve plus aucun malaise; se trouve très bien ce matin; les nuits sont bonnes; seule la sensation du froid aux pieds persiste; pas d'albumine.

29 mars. — Se trouve tout à fait bien, mais continue à boire trois à quatre litres de lait dans les vingt-quatre heures; le supporte bien; elle nous dit qu'elle est obligée de quitter la Clinique dans l'après-midi pour affaires de famille; on lui conseille de continuer le régime lacté; n'est pas revenue à la Clinique.

OBSERVATION IX

La nommée A..., Amélie, 30 ans, femme de ménage, entre le 24 mars 1893, salle de Gynécologie, lit n° 8.

A. H. — Père inconnu; mère vivante, bien portante.

A. P. — Fièvres intermittentes vers l'âge de 7 ans (habitait le département du Cher, depuis n'a jamais eu d'accès), pas d'autre antécédent pathologique. Réglée à 13 ans 1/2, toujours bien réglée.

Multipare : 1^{re} grossesse à 24 ans accouche à 8 mois, enfant mort-né

2 ^e	—	25	—	—	6	—	1/2	—
3 ^e	—	27	—	—	8	—	—	—
4 ^e	—	29	—	—	8	—	—	—

Aucun stigmate de syphilis ni chez elle, ni chez son mari. Le mari est menuisier, ils paraissent sobres l'un et l'autre. Nous ne trouvons donc aucune cause pouvant expliquer ces accouchements prématurés d'enfants mort-nés; mais elle nous raconte qu'à ses deux premières grossesses, elle a eu de la céphalée, des troubles de la vue, de l'œdème; étant accouchée chez elle on n'examina pas les urines. Ses deux derniers accouchements se passèrent à la Clinique, mais lorsqu'elle y fut admise, ses enfants avaient déjà succombé; on constata les deux fois de l'albumine dans les urines.

Elle devient une cinquième fois enceinte, elle a eu ses dernières règles du 26 au 30 septembre 1892.

Très bien portante au début de sa grossesse, ni nausées ni vomissements. Elle vient consulter le 30 janvier 93 surtout pour faire examiner ses urines, on ne constate ni œdème ni trace d'albumine dans les urines. Elle n'éprouve ni céphalée, ni troubles de la vue, ni douleur épigastrique. Le fond de l'utérus est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les mouvements actifs sont perçus à l'auscultation, les battements du cœur sont imperceptibles.

Au toucher le col est long, fermé.

Le 24 mars elle vient de nouveau à la consultation et on la reçoit. Elle nous raconte que sa santé a été parfaite jusqu'au 20 mars, puis ce jour, en se réveillant, elle éprouve de la céphalée frontale, ses paupières lui paraissent lourdes, elle s'aperçoit qu'elles sont gonflées et qu'elle a la figure bouffie. Le lendemain elle a comme un brouillard dans les yeux. Les jours suivants la céphalée augmentant ainsi que les troubles de la vue, elle vient à la consultation, elle nous dit aussi que depuis une huitaine de jours ses nuits étaient mauvaises, elle était très agitée, se voyait continuellement passant des rivières et tombant dans l'eau, elle se réveillait en sursaut et couverte de sueur, mais elle n'éprouvait pas de crampes dans les mollets, quelquefois seulement des fourmillements dans les pieds et à n'importe quel moment. Ne souffre pas dans la région épigastrique, pas de pituite le matin en se levant, pas de zones d'anesthé-

sie ni hypéresthésie plantaires, pas de tremblement des lèvres ni des mains.

Nous l'examinons le 24 mars, nous ne trouvons rien de particulier du côté du squelette ; la conformation de son bassin paraît normale, le fond de l'utérus remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, l'enfant se présente par le sommet le dos paraît à gauche ; les battements du cœur fœtal sont bons.

Rien de particulier du côté de la respiration, auscultation normale.

Cœur hypertrophié avec bruit de galop.

Pouls fort, 62 pulsations à la minute.

Cedème des paupières ; bouffissure de la face, oedème des membres inférieurs et de la région sus-pubienne.

Urines décolorées, densité faible 1008, albumine très manifeste.

Soumise au régime lacté absolu dès son entrée ; elle accepte sans difficulté ce régime.

Elle boit une moyenne de 3 à 4 litres de lait dans les vingt-quatre heures et ses urines oscillent entre 3 et 4 litres ; les urines sont toujours pâles, décolorées et de densité faible, variant entre 1008 et 1012.

L'état reste à peu près stationnaire jusqu'au 30 mars, ce jour elle nous dit qu'elle a bien dormi la nuit, l'œdème des membres inférieurs et de la région sus-pubienne a disparu, il ne reste plus qu'un peu de bouffissure de la face, l'albumine a un peu diminué ; la céphalée n'est plus continue, elle a moins de brouillards devant les yeux, elle n'en a plus que par moments.

Le 2 avril elle nous dit qu'elle se trouve très bien, plus de bouffissure de la face, seuls les fourmillements dans les pieds persistent, les urines sont toujours albumineuses.

Le 3 avril elle nous dit que son enfant remue moins que les jours précédents, nous auscultons avec soin, nous n'entendons plus aucun battement fœtal, la veille et les jours précédents nous les avions encore perçus très nettement.

L'albumine persiste.

Les jours suivants nous n'entendons toujours pas les battements fœtaux, l'utérus tombe et la palpation ne nous permet plus de distinguer nettement les parties fœtales, l'enfant a donc succombé. Toutefois nous ne constatons pas une dimi-

nution bien manifeste de l'albumine coïncidant avec la mort de l'enfant.

L'état de la malade continue à être bon, elle boit toujours ses trois à quatre litres de lait par jour, ne se plaint d'aucun trouble, l'albumine seule persiste.

Le 2 mai nous ne trouvons plus trace d'albumine, du 2 au 16 mai nous n'en constatons pas. On la soumet le 16 mai au régime lacté mixte et le 20 elle demande à quitter la Clinique.

Le 21 mai elle entre de nouveau se croyant en travail, le 23 et les jours suivants nous constatons de l'albumine; le 30 mai, à cinq heures trente minutes du matin, elle entre en travail et elle accouche à une heure quarante-cinq minutes de l'après-midi; œuf et placenta sont expulsés en même temps, sans qu'il y ait eu rupture des membranes, le tout pesant 870 grammes. L'enfant est macéré et le placenta complètement dégénéré. Les suites de couche sont très bonnes, mais, le 8 juin, les urines sont encore albumineuses.

OBSERVATION X

La nommée G., Berthe, 25 ans, brunisseuse, vient à la consultation de la clinique le 1^{er} mars 1893.

A. H. — Père inconnu; mère vivante bien portante.

A. P. — Rien de particulier.

Secondipare. Une grossesse à terme, accouchement normal. —

Grossesse actuelle, dernières règles du 21 au 27 août 1892, bien portante au début de sa grossesse, à part quelques nausées; elle vient consulter le 1^{er} mars parce que depuis quelques jours elle a de la céphalée frontale continue, des troubles de la vue, la douleur épigastrique, des vomissements alimentaires ou bilieux, des douleurs dans la région lombaire, des crampes dans les mollets, des fourmillements dans les pieds, la nuit elle a des cauchemars; cauchemars qui ont précédé de quelques semaines les autres troubles.

A l'examen du squelette nous ne constatons rien de particulier, pas trace d'œdème.

Le fond de l'utérus est à deux travers de doigt de l'épigastre, l'enfant se présente par le sommet en OIDP, les battements du cœur sont bons.

Les urines contiennent de l'albumine.

Ne pouvant entrer à la Clinique, on lui conseille de suivre chez elle le régime lacté absolu.

Elle vient accoucher à la clinique le 11 mai 1893; elle accouche d'un enfant vivant pesant 2950 gr. et long de 48 c.; accouchement et délivrance sont normaux; les urines ne contiennent pas trace d'albumine.

Le 12 mai nous lui demandons si elle a suivi chez elle le régime lacté absolu, elle nous dit qu'elle s'est contentée de remplacer la boisson qu'elle prenait à ses repas par du lait et qu'elle en buvait aussi dans le courant de la journée de façon à arriver à en boire 2 litres par jour; sous l'influence de ce régime elle nous dit qu'elle s'est trouvée un peu mieux, la douleur épigastrique et les vomissements ont disparu, mais la céphalée a persisté ainsi que les troubles de la vue; ses nuits étaient tantôt bonnes, tantôt agitées; les crampes dans les mollets; les fourmillements dans les pieds ont persisté.

Pendant le post-partum nous ne constatons pas d'albumine.

OBSERVATION XI.

La nommée B., corsetière, 40 ans, entre le 2 mars 93, salle de Gynécologique, lit N° 4.

A. H. — Père mort à 62 ans d'un refroidissement; mère morte à 50 ans d'une affection cardiaque; une sœur morte en bas âge; plusieurs frères, mais ne sait ce qu'ils sont devenus.

A. P. — Variole et rougeole en bas âge; bronchite à 10 ans; pas d'autre antécédent pathologique; toujours bien portante; réglée à 18 ans, toujours bien réglée.

Multipare. 2 grossesses à terme; une fausse couche de 4 mois environ.

Grossesse actuelle. Dernières règles vers le 6 juin; a senti remuer vers la fin octobre.

Au début de sa grossesse, nausées et quelques vomissements alimentaires. Perte de sang en septembre. Se trouve très bien le jour où elle vient à la consultation; le fond de l'utérus est au niveau de l'épigastre, l'enfant se présente par le sommet en OIGP, les battements fœtaux sont normaux, rien de particulier du côté du squelette, toutefois le sternum est légèrement

convexe et le promontoire accessible mais au loin, le périnée est très dépressible.

Les urines sont foncées, on y constate un nuage d'albumine ; ne présente, par ailleurs, aucun symptôme prodromique d'éclampsie.

Soumise au régime lacté mixte le 2 mars (deux litres de lait et une portion d'aliments), l'albumine, les jours suivants, devient de plus en plus manifeste ; le 6 mars, elle se plaint de céphalée frontale très vive et de troubles de la vue, mais pas la moindre douleur épigastrique. Nous lui demandons si la nuit a été bonne, elle nous répond que depuis 3 mois ses nuits sont mauvaises : elle a continuellement des cauchemars, tombe dans des précipices, et se réveille la nuit en sursaut ; pas de crampes dans les mollets, mais fourmillements et picotements dans les pieds et dans les mains depuis la même époque.

On lui conseille de suivre le régime lacté absolu, mais elle ne veut pas s'y soumettre. Les troubles persistent ; les nuits, cependant, deviennent meilleures.

Le 15 mars. — Les nuits sont bonnes, mais la céphalée persiste, quoique moins continue. Elle a toujours des troubles de la vue. L'albumine va toujours en augmentant. Elle ne peut boire, nous dit-elle, qu'un litre de lait dans les vingt-quatre heures.

Le 20 mars, nous trouvons 50 centigr. d'albumine par litre : les jours précédents elle était indosable. Consent à se soumettre au régime lacté absolu. Le 22 mars nous ne trouvons plus que 10 centigr. d'albumine par litre à peine. Le 23 mars, au matin, nous en trouvons seulement des traces et elle accouche dans l'après-midi d'un enfant vivant pesant 3600 gr. et long de 51 centimètres. Les suites de couches sont bonnes et elle sort bien portante de la Clinique.

OBSERVATION XII

J. Joubert, 22 ans, lingère, entrée le 30 janvier 1893, salle de Gynécologie, lit n° 2.

Secondipare. — Dernières règles du 26 au 30 mai 1892. Depuis une huitaine de jours céphalée, troubles de la vue, douleur épigastrique, nuits très agitées, crampes dans les mollets

et dans les membres supérieurs, idées tristes, albumine dans les urines. Demande à être admise à la Clinique à cause de ces différents troubles apportés à sa bonne santé habituelle. Soumise dès le 30 janvier au soir au régime lacté. Le 6 février se trouve beaucoup mieux, la céphalée seule persiste mais moins vive, léger nuage d'albumine dans les urines.

Le 8 février, pas trace d'albumine dans les urines, pas plus que le 9 février; se trouve, ce jour, très-bien, mais elle est obligée, dit-elle, de quitter la Clinique. On lui conseille de continuer chez elle le régime lacté, nous ne l'avons pas revue.

OBSERVATION XIII

H. . ., Françoise, 21 ans, femme de ménage, entrée le 7 février 1893, salle de Gynécologie, lit n° 6.

Dernières règles du 25 au 29 juin 1892. Demande à être admise à la Clinique à cause des différents troubles qu'elle éprouve depuis une quinzaine de jours : céphalée, troubles de la vue, douleur épigastrique, épistaxis, somnolence le jour, nuits agitées, albumine dans les urines.

Soumise le 7 février au soir au régime lacté absolu; à la fin de février tous les symptômes ont disparu, l'albumine seule persiste mais en moindre quantité; continue à suivre le régime lacté absolu, l'albumine disparaît le 10 mars pour ne plus reparaitre que le 25 mars (la malade était au régime mixte depuis trois jours). Soumise de nouveau au régime lacté absolu, l'albumine disparaît le 3 avril; continue à suivre le régime lacté absolu, l'albumine ne reparait plus et elle accouche le 23 avril d'un enfant vivant pesant 3980 gr. et long de 52 c.; on ne constate pas d'albumine pendant le travail; accouchement et délivrance sont normaux; le placenta ne paraît pas altéré; sortie bien portante le 2 mai 1893.

OBSERVATION XIV

D., Maria, blanchisseuse, 27 ans, entrée à la Clinique le 9 mai 1893, salle Gynécologie, lit n° 6.

Multipare (5^e grossesse) — Dernières règles : du 10 au 17 juillet; bien portante jusqu'en mars; depuis cette époque, céphalée légère; il y a une quinzaine de jours sont apparus

des troubles de la vue; des bourdonnements d'oreille; la céphalée est devenue plus vive, mais pas de douleur épigastrique; albumine dans les urines; soumise au régime lacté absolu le 9 mai.

Supporte bien le régime lacté; le 13 mai, au matin, elle se trouve mieux, la céphalée est moins vive; elle n'a plus qu'une lourdeur de tête; la nuit a été bonne; troubles de la vue persistent, mais sont plus espacés; l'albumine a diminué.

Accouche le 13 mai, à cinq heures du soir, d'un enfant vivant pesant 2,300 gr. et long de 46 cm.

OBSERVATION XV

R., Eugénie, 22 ans, papetière, entrée le 13 mai, salle de Gynécologie, lit n° 5.

Multipare (3^e grossesse). — Dernières règles : du 18 au 20 septembre 1892. Depuis un mois, céphalée frontale continue; troubles de la vue; pas de douleur épigastrique; œdème des membres inférieurs; depuis trois jours, épistaxis et rend quelques crachats sanguinolents; crampes dans les mollets et fourmillements dans les pieds; cauchemars la nuit depuis la même époque; depuis quelques jours la céphalée frontale est devenue beaucoup plus vive, c'est ce qui engage la malade à venir à la Clinique; urines très albumineuses.

Soumise au régime lacté absolu le 13 mai au soir, l'albumine persiste les jours suivants mais diminue; le 20 mai la malade nous affirme qu'elle se trouve très bien, qu'elle n'éprouve plus aucun trouble, l'albumine a diminué, son état reste bon et le 2 juin elle accouche d'un enfant vivant pesant 2,800 gr. et long de 49 c.; accouchement et délivrance sont normaux; on constate encore un nuage d'albumine au moment du travail.

OBSERVATION XVI

D., Denise, domestique, 21 ans, entrée le 15 mai, salle de Gynécologie, lit n° 7.

Primipare; dernières règles du 10 au 13 août 1892, depuis trois semaines céphalée frontale presque continue, troubles de la vue, douleurs épigastriques, rêve voyages, pas de réveils en sursaut, crampes dans les jambes, ni picotements ni fourmil-

lements dans les pieds, démangeaisons dans les membres inférieurs, albumine dans les urines. Soumise au régime lacté absolu le 15 mai au soir.

Les jours suivants nous constatons une diminution très sensible de l'albumine, les symptômes s'amendent, les nuits deviennent meilleures puis la céphalée diminue.

Le 25 mai nous ne trouvons plus qu'un nuage d'albumine dans les urines, la malade nous dit qu'elle se trouve tout à fait bien. Son état reste très satisfaisant jusqu'au 3 juin, puis elle accouche d'un enfant vivant pesant 2,250 gr. et long de 46 c. Au moment du travail nuage d'albumine.

OBSERVATION XVII.

La nommée T..., 40 ans, multipare, entre le 18 novembre 1892, salle Gynécologie, lit n° 4.

Dernières règles du 14 au 16 mars 1892; bien portante au début de sa grossesse, le 22 octobre perte subite et presque complète de la vision; le 15 novembre, le Dr Kalt porte le diagnostic de névro-rétinite brightique très marquée, taches hémorrhagiques, vaisseaux tortueux.

Entre à la clinique le 18 novembre, ne sentant plus remuer son enfant, impossibilité d'ailleurs d'entendre les battements fœtaux; 3 gr. d'albumine par litre, céphalée très vive, œdème des membres inférieurs et de la région sus-pubienne; soumise au régime lacté absolu dès son entrée, l'albumine diminue peu à peu.

Le 30 novembre l'albumine est tombée à 1 gr., depuis deux à trois jours la céphalée a diminué, plus de trace d'œdème; elle nous dit que sa vue s'est un peu améliorée, qu'elle peut maintenant distinguer les objets qui sont au pied de son lit.

Le 6 décembre, 50 centigr. d'albumine par litre; plus de céphalée, accouche le 6 décembre d'un enfant très macéré pesant 980 gr.

Les jours suivants l'albumine persiste; à sa sortie on lui conseille de continuer chez elle le régime lacté absolu.

Le 24 décembre vient aux Quinze-Vingts, où le Dr Kalt constate: une amélioration très nette de la vue, plus de

névrite, pas de stase, veines normales ainsi que les artères, papilles non décolorées.

O G. Semis de taches maculaires.

O D. Taches diffuses aux environs de la macula, petits foyers apoplectiques circulaires en voie de résorption. »

10 janvier, plus d'albumine « régression des plaques blanches, papilles nettes un peu décolorées surtout O D. Semis maculaire O G. »

CONCLUSIONS

1° La recherche de l'albumine dans les urines des femmes enceintes, surtout dans les derniers mois de la grossesse, doit être faite attentivement et répétée au moins deux fois par semaine.

2° Il ne faut pas s'en tenir exclusivement à la présence d'albumine dans les urines pour instituer le régime lacté. Différents symptômes prodromiques de l'éclampsie en sont également une indication, alors même qu'il n'y aurait pas d'albumine.

3° Le régime lacté atténué, d'une façon manifeste, l'albumine et les symptômes prodromiques de l'éclampsie.

4° Le régime lacté doit être absolu.

5° Le lait est un aliment suffisant, il introduit le minimum de substances toxiques dans l'organisme, il permet aux reins d'éliminer celles qui s'y forment.

Vu :
Le Doyen de la Faculté,
BROUARDEL.

Vu par le Président de la Thèse,
TARNIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- BAILLY. — Article Eclampsie, dict. Jaccoud.
- BARKER. — (The puerperal diseases clinical lectures delivered at Bellevue Hospital New-York, 1878).
- BLANC. — Annales Gynécologie, Juillet 90.
- BLOT. — Th. Paris, 1849.
- BONTEMPS. — Bull. de la Soc. de méd. d'Angers, 1889.
- BOUCHARD. — Leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition. Leçons sur les auto-intoxications. Thérap. des maladies infectieuses, Paris, 1889.
- CHARLES DE LIÈGE. — Mémoires de l'Académie de médecine de Belgique 1877, mémoires couronnés et publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique, 1878.
- CHARPENTIER. — Th. Agrég. Paris, 1872. Traité pratique des Accouchements, 1883. Bulletin de l'Académie de médecine, 10 janvier 93.
- CHIBRET. — Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences 1887, p. 1552.
- DEBOVE. — Th. Agrég. Paris 1878.
- DEJUST. — Th. Paris 1866.
- DUMAS. — Th. Agrég. 1880.
- DUBOST. — Th. Paris 90-91
- DOUKIN. — The Lancet 30 Décembre 76.
- JACCOUD. — Th. Paris 1860. Clinique de Lariboisière, 1869. Nouv. dict. de méd. et de chirurg. prat. 1872, art. Albuminurie. Cliniques de Lariboisière 1873.
- JOSEPH. — J. H. C. Th. Paris 85-86.
- LANCEREAUX. — Leçons de Clinique médicale, Pitié, 1883 et Hôtel-Dieu, 92.
- LÉONARD. — France médicale, 23 décembre 86.
- H. MARTIN. — London med. Record, 15 février 1877. et Revue des sciences médicales, 15 juillet 1877.

MARC-LANE. — Am. Journ. of. Obst., tome XI, 1878, p. 812.

OLSHAUSEN. — Bullet. médic. Avril 92.

PETIT. — Th. Paris 1876.

PICARD. — Journ. de méd. de Paris, 1890.

PINARD. — Bulletin de l'Acad. de médecine, 31 Janvier 93.

RIVIÈRE. — Pathog. et traitement de l'auto-intoxication d'origine éclam-
tique, 1888.

SPIÉGLER. — Revue des sciences médicales de Hayem, tome 40, 1892, p. 46.

SARAH ELLEN PALMER. — Boston med. Journ., 14 octobre 86 et 28 octobre 86.

TARNIER. — Th. inaugurale 1857. Progrès médical 1875. Bulletin Acad.
de méd. Janvier 1893.

TARNIER et BUDIN. — Traité de l'Art des Accouchements, tome II, 1888.

TARNIER et CHAMBRELENT. — Bulletin médical, mars 92.
